

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARTIN BELZILE

ANALYSE DE SURVIE SUR LES PRÉDICTEURS DE LA DURÉE D'UN
PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUEL CHEZ LES HOMMES
AUTEURS DE VIOLENCE CONJUGALE

AOÛT 2016

Composition du jury

Analyse de survie sur les prédicteurs de la durée d'un processus thérapeutique
individuel chez les hommes auteurs de violence conjugale

Martin Belzile

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Audrey Brassard, Ph.D., directrice de recherche

(Département de psychologie, Faculté des lettres et des sciences humaines)

Jean Descôteaux, Ph.D., membre du jury

(Département de psychologie, Faculté des lettres et des sciences humaines de
l'Université de Sherbrooke)

Yvan Lussier, Ph.D., membre du jury

(Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières)

Sommaire

La violence conjugale est un problème social qui engendre des coûts sérieux (Statistique Canada, 2016). Son traitement est important. Les taux d'abandon thérapeutique observés dans les programmes de traitement en groupe pour les hommes auteurs de comportements violents en contexte conjugal se situent entre 15 et 58 % (Jewell & Wormith, 2010). Ces hauts taux d'abandon réduisent l'efficacité réelle des suivis pour violence conjugale (Bowen & Gilchrist, 2006). Des études montrent que l'âge, l'occupation, le statut conjugal, le faible revenu, l'expérience de violence physique à l'enfance, la consommation de drogue et d'alcool, ainsi que la personnalité colérique et la fréquence des comportements de violence sont des variables qui permettent de prédire l'abandon d'un programme de traitement de la violence conjugale en format de groupe et de type fermé (Jewell & Wormith, 2010). Aucune étude recensée n'a étudié les prédicteurs liés à l'abandon thérapeutique d'un traitement en format individuel de type ouvert. Cette étude visait à identifier quels sont les moments-clés où il y a cessation du suivi pour violence conjugale et à vérifier quelles variables sont associées à une cessation plus ou moins précoce du traitement individuel des hommes auteurs de violence conjugale. Une batterie de questionnaires auto-rapportés a été soumise à 206 hommes francophones qui amorcent une consultation individuelle pour un problème de violence conjugale dans un centre communautaire de la province de Québec. Parmi ceux-ci se trouvaient des questionnaires évaluant l'expérience de la colère, les comportements de violence conjugale, les insécurités d'attachement amoureux et la désirabilité sociable. Le nombre de séances complétées par chaque participant a également été obtenu par le biais de l'organisme. Une

première analyse de survie a permis de produire une table de survie et d'identifier trois moments où la cessation du suivi est la plus fréquente, soient une cessation précoce (1 ou 2 séances), une cessation à court terme (3 à 5 séances) et une cessation à moyen terme (après la 11^e séance). L'analyse de survie par régression de Cox a ensuite permis de montrer que l'âge, le fait d'avoir complété ou non des études post-secondaires, le fait d'avoir une occupation stable (emploi ou études à temps plein) ou non, le fait de consulter sous ordonnance légale, le niveau de violence psychologique émise, ainsi que les insécurités d'attachement (évitement de l'intimité, anxiété d'abandon) sont tous des prédicteurs significatifs du moment de cessation d'un suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale. Plus précisément, les participants qui n'ont pas complété d'études post-secondaires, qui sont sans occupation stable, qui consultent sous ordonnance de la Cour ou de la DPJ et qui présentent peu d'évitement de l'intimité ont davantage tendance à cesser leur suivi de façon précoce; les participants qui ont complété des études post-secondaires et qui présentent peu d'anxiété d'abandon ont davantage tendance à cesser leur suivi à court terme; les clients qui posent moins d'actes de violence psychologique ont davantage tendance à mettre fin à leur suivi à moyen terme. Les implications cliniques de ces résultats sont discutées.

Mots-clés : violence conjugale; analyse de survie; régression de Cox; psychothérapie individuelle; hommes.

Remerciements

Je présente mes plus sincères remerciements à ma directrice de thèse, Audrey Brassard, Ph.D. Vue l'importance qu'elle avait prise pour moi, au cours de mon baccalauréat en psychologie à l'Université de Sherbrooke, je ne pouvais pas m'imaginer être dirigé par quelqu'un d'autre qu'elle. Elle s'était déjà imposée comme une importante figure d'attachement (!) et de sécurité pour moi. Et au niveau plus rationnel, je souhaitais écrire une thèse de laquelle je serais fier et je sentais qu'elle était la meilleure directrice à laquelle je pouvais m'associer. Et comme prévu, lorsqu'Audrey a accepté de diriger ma thèse, elle a été d'un grand soutien, tant au niveau scientifique qu'au niveau moral. Elle m'a aidé à articuler mon projet de thèse, à le bonifier en partageant avec moi une partie de son expertise en violence conjugale, en me permettant de suivre une formation pour connaître et maîtriser une stratégie d'analyse qui m'était alors inconnue, en me fournissant des articles et des livres qui me permettraient de mieux comprendre les enjeux liés à la violence conjugale d'une part et ceux liés à l'abandon des suivis pour hommes auteurs de violence conjugale d'autre part. Au cours de cet ultra-marathon que représente une thèse de doctorat, elle a été présente à tous les kilomètres pour entendre mes doutes, mes frustrations, mes craintes, mes moments de démotivation. La qualité de ses commentaires et la générosité de ses encouragements m'ont permis de me rendre à la ligne d'arrivée et je lui en suis très reconnaissant. Je la remercie aussi de m'avoir présenté aux membres de l'équipe du Seuil de l'Estrie qui ont été d'une grande aide.

Aussi souhaité-je remercier les membres du Seuil de l'Estrée qui m'ont accueilli lors de mon stage clinique ainsi qu'au cours de cette étude. Un mot particulier pour Louis Darish, directeur du Seuil, patron, collègue, ami, qui m'a encouragé, appuyé et avec qui j'ai eu beaucoup de plaisir. Merci aussi à Guylaine Lemelin, secrétaire et « maman » du Seuil, ainsi qu'à Pierre-Maxime Carrier de m'avoir écouté et d'avoir pris le temps de réfléchir avec moi sur mes données. Un merci aux clients anonymes qui ont accepté au fil des années de remplir les questionnaires et de nous fournir des tonnes d'informations sur leur personne.

J'ajoute un mot de remerciement pour Marie Papineau, Ph.D., qui a dirigé ma thèse au cours de l'année scolaire 2014-2015. J'ai adoré travailler avec elle. Son enthousiasme, sa bienveillance et sa souplesse m'ont soutenu au cours de cette année.

Et enfin, je remercie d'un même souffle tous ceux qui m'ont offert d'une manière ou d'une autre un soutien psychologique, que ce soit par des mots d'encouragement ou par un conseil d'ordre pratique, nommément Marie-Ève Bouchard, Émilie Lamontagne, Catherine Sasseville-Lahaie, Mélanie Dumais, mes parents, Robert Belzile et Germaine Déry, ma blonde, Maeve O'Leary-Barrett, ainsi que toutes les personnes qui m'ont offert leurs commentaires lors de congrès scientifiques (c.-à-d., ceux de la SQR, de la CPA, et du CRIPCAS).

Table des matières

Sommaire.....	ii
Remerciements.....	iv
Table des matières	vi
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Introduction	1
Contexte théorique	7
La violence conjugale	8
Diverses typologies	9
Le traitement de la violence conjugale.....	13
L'étude de l'abandon thérapeutique	19
L'opérationnalisation de l'abandon thérapeutique.....	19
Le format du traitement	22
Les facteurs liés à l'abandon thérapeutique	26
Les variables sociodémographiques.....	26
Les variables liées à la violence	30
Les variables intrapersonnelles	32
Limites des connaissances actuelles et pertinence de la présente étude .	41
Objectifs de l'étude.....	44
Méthode	48

Participants	49
Déroulement	52
Approbation éthique	52
Cueillette de données	53
Caractéristiques du suivi et des intervenants	55
Instruments de mesure.....	56
Questionnaire sociodémographique	56
Désirabilité sociale	56
Violence conjugale.....	57
L'expérience de la colère.....	60
Attachement	61
Plan de recherche	63
Stratégie d'analyse	64
Résultats	66
Analyses statistiques préliminaires.....	67
Analyses principales	72
Objectif 1 : Identification de moments-clés pour la cessation.....	73
Objectif 2 : Identification des facteurs de risque associés aux moments-clés de cessation	80
Analyse de survie principale.....	88
Discussion	102
Objectif 1 : Identifier les moments-clés de cessation du suivi	103

Objectif 2 : Identifier les facteurs liés aux moments-clés de cessation.....	108
Retombées scientifiques et cliniques	127
Forces, limites et pistes de recherche future.....	135
Conclusion	145
Références.....	150
Appendice A	166
Appendice B	169
Echelle abrégée d'ajustement dyadique	185

Liste des tableaux

Tableau

1	Statistiques descriptives des variables quantitatives retenues pour l'étude	68
2	Statistiques descriptives des variables transformées.....	69
3	Statistiques descriptives des variables dichotomiques.....	71
4	Coefficients de corrélations entre le nombre de séances complétées et l'ensemble des facteurs à l'étude.....	72
5	Table de survie entre la première et la trentième séances	75
6	Matrice de corrélations de Pearson entre les facteurs à échelle d'intervalle	86
7	Résultats de l'analyse de survie préliminaire pour les termes d'interaction avec la variable temporelle non transformée.....	87
8	Résultats de l'analyse de survie principale.....	90
9	Synthèse des facteurs reliés aux trois moments-clés de la cessation du traitement.....	101
10	Résultats de l'analyse de variance multivariée sur les facteurs à échelle d'intervalle introduits dans l'analyse de régression de Cox en fonction du fait que les cas soient censurés ou non	167
11	Résultats de l'analyse de chi carré sur les facteurs dichotomiques introduits dans l'analyse de régression de Cox en fonction du fait que les cas soient censurés ou non.....	168

Liste des figures

Figure

- 1 Courbe de survie de tous les participants pour les 30 premières séances78
- 2 Taux de défaillance pour tous les participants pour les 30 premières séances....79
- 3 Courbes de survie séparées entre les participants plus jeunes et plus âgés que l'âge moyen ($M = 35,05$ ans).92
- 4 Courbes de survie réalisées séparément selon le fait d'avoir ou non complété des études post-secondaires93
- 5 Courbes de survie réalisées séparément selon le fait d'avoir ou non une occupation stable (travailleur à temps plein ou étudiant)95
- 6 Courbes de survie réalisées séparément selon le fait de consulter sous ordonnance de la Cour/DPJ ou non96
- 7 Courbes de survie réalisées séparément entre les participants qui commettent plus ou moins d'actes de violence psychologique que la moyenne ($M = 39,75$).....97
- 8 Courbes de survie réalisées séparément selon le score inférieur ou supérieur à la moyenne ($M = 2,68$) des participants à l'échelle d'évitement de l'intimité.....98
- 9 Courbes de survie réalisées séparément selon le score inférieur ou supérieur à la moyenne ($M = 4,18$) des participants à l'échelle d'anxiété d'abandon99

Introduction

La violence conjugale est un problème social sérieux. Près du quart (24,4 %) de l'ensemble des victimes de crimes contre la personne au Québec en 2013 l'ont été dans un contexte conjugal (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2015). La violence conjugale est définie de différentes façons, selon les auteurs (p. ex., Sugg, 2015). Au Gouvernement du Québec, la définition retenue « comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique » (1995, p. 18). Bien que la recherche tende à montrer que les femmes émettent autant de gestes de violence conjugale que les hommes (p. ex., Statistique Canada, 2016), il est à noter que les conséquences de la violence conjugale perpétrée par les hommes envers les femmes sont plus graves, tant physiquement que psychologiquement (p. ex., Babcock, Green, & Robie, 2004).

Les conséquences de la violence conjugale sont importantes. Coker et ses collègues (2002) montrent que la violence conjugale physique est associée à des problèmes chroniques de santé physique et mentale chez les victimes. Les enfants témoins de violence conjugale sont eux-mêmes aux prises avec plusieurs symptômes (p. ex., retards développementaux; Hopwood Wallace, 2009; Marks, Glaser, Glass, & Horne, 2001). Quant aux hommes auteurs de violence conjugale, des études (Stith, Smith, Penn, Ward, & Tritt, 2004; Stuart et al., 2006) montrent un éventail de difficultés, notamment en

rapport avec la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que la présence de symptômes dépressifs. En raison de ces nombreuses conséquences, il apparaît crucial de travailler à prévenir et diminuer la violence conjugale.

Depuis les années 1970, divers programmes d'intervention ont été développés afin d'aider les hommes auteurs de violence conjugale à modifier leur comportement (Laviolette, 2001). Les buts poursuivis par ces programmes sont globalement d'offrir une alternative à l'emprisonnement et de prévenir la récidive pour les hommes qui ont été arrêtés pour des actes de violence en contexte conjugal. Ces programmes ont évolué avec le temps, afin de diminuer le plus possible la récidive (Laviolette, 2001).

Depuis plusieurs années, l'efficacité des traitements offerts aux hommes qui posent des actes violents en contexte conjugal est évaluée (p. ex., Babcock et al., 2004). Les résultats de ces études révèlent que les hommes qui complètent un suivi pour violence conjugale ont moins tendance à récidiver par la suite (Babcock et al., 2004). Or, ces résultats ne tiennent pas compte des participants qui ont abandonné leur suivi avant sa complétion. Comme l'ont montré Howard, Krause et Orlinsky (1986), l'absence de données incluant les participants qui ont abandonné leur traitement a tendance à amener une surévaluation de l'efficacité du traitement étudié. Les études américaines et canadiennes sur la violence conjugale montrent qu'entre 30 et 60 % des hommes qui amorcent une thérapie de groupe pour comportements violents mettraient fin à leur démarche avant la complétion de celle-ci (p. ex., Bowen & Gilchrist, 2006; Brodeur,

Rondeau, Brochu, Lindsay, & Phelps, 2008). Il est probable que ces hommes qui abandonnent leur suivi avant la complétion soient plus à risque de commettre d'autres actes de violence conjugale que ceux qui la complètent. En effet, l'abandon prématuré d'un programme de traitement est associé à un risque plus élevé de récidive en matière de violence conjugale (Wormith & Olver, 2002). De plus l'étude de Cosimo (2011) montre que la complétion d'un plus grand nombre de séances d'un programme de groupe pour traiter la violence conjugale est associée à un moins haut taux de récidive pour des actes de violence conjugale émis par les hommes.

Puisque la cessation précoce d'un suivi pour violence conjugale est associée à un plus haut taux de récidive, il apparaît essentiel d'étudier les facteurs qui contribuent à une cessation précoce du traitement. Une meilleure connaissance des facteurs de risque de la cessation du traitement pourrait permettre de développer diverses stratégies pour retenir les hommes en traitement plus longtemps et leur permettre de bénéficier davantage du traitement qui leur est offert.

À ce jour, maintes études ont été menées sur l'abandon d'une thérapie de groupe pour la violence conjugale (voir Jewell & Wormith, 2010, pour une revue). Ces études ont permis de documenter plusieurs facteurs de risque de l'abandon du traitement, dont des facteurs d'ordre sociodémographique (p. ex., âge, revenu, état civil) de même que des facteurs individuels (p. ex., sévérité de la violence émise, traits de personnalité colérique).

Ainsi, il semble possible d'identifier des facteurs permettant de discriminer les participants qui complètent leur traitement de ceux qui l'abandonnent avant la fin.

Or, les études sur l'abandon d'un traitement pour violence conjugale sont presque exclusivement menées sur des processus de groupe en format fermé (c.-à-d., d'une durée prédéterminée et avec des objectifs précis). Une recension des écrits n'a pas permis de trouver d'étude sur l'abandon d'un suivi thérapeutique individuel en format ouvert (c.-à-d., un suivi pour lequel il n'y a pas de durée ou d'objectifs fixés a priori). Puisque ce type de suivi existe et même qu'il est recommandé par certains auteurs (Murphy & Eckhardt, 2005), il apparaît pertinent de se pencher sur l'étude des facteurs qui permettent de prédire la cessation précoce d'un suivi individuel en format ouvert pour les hommes auteurs de violence conjugale. Le but de la présente étude est donc de déterminer les facteurs qui permettraient de prédire la cessation précoce d'un suivi individuel en format ouvert pour les hommes auteurs de violence conjugale.

Cette thèse regroupe cinq sections. Le contexte théorique présente le problème de violence conjugale, d'abord dans son contexte historique, puis en tenant compte de ses conséquences, pour ensuite aborder le traitement de la violence conjugale et la problématique de l'abandon de ce type de suivi. Cette section se termine par la formulation des objectifs et des hypothèses de cette recherche. La section Méthode explique le choix des instruments de mesure, le recrutement des participants ainsi que la méthode d'analyse statistique retenue. La section des résultats expose les analyses descriptives des

participants, les résultats préliminaires et les résultats de l'analyse principale retenue pour cette étude. La discussion offre une interprétation des résultats en fonction des hypothèses formulées et des connaissances exposées dans les écrits scientifiques, puis examine les forces et les faiblesses de cette étude ainsi que les retombées cliniques et scientifiques. Enfin, la conclusion propose un retour sur les objectifs de la présente recherche et en expose les aspects originaux.

Contexte théorique

Cette section présente d'abord la définition de la violence conjugale. Ensuite, un bref historique du traitement de la violence conjugale est exposé, avec un accent mis sur les difficultés rencontrées dans ce genre de traitement. Une troisième partie de cette section se penche sur l'étude de l'abandon thérapeutique. Les différentes variables qui sont associées à l'abandon thérapeutique sont présentées, en même temps que certains des outils qui ont permis de mesurer ces variables. Enfin, les objectifs de la présente étude de même que les hypothèses qui permettront de vérifier ces objectifs terminent la présente section.

La violence conjugale

La violence conjugale est un problème social reconnu en Amérique du Nord depuis les années 1940 (Hamel, 2007). Au cours des années, la définition de cette problématique a évolué, tout comme la société dans laquelle le phénomène de violence conjugale se produit. Le concept de violence conjugale a d'abord été défini par des groupes féministes comme étant la prise de contrôle du mari sur sa femme pour asseoir son autorité dite historique (Walsh, Spangaro, & Soldatic, 2015). Le terme anglais *battering* a été retenu pour désigner le fait d'utiliser de manière systématique des mesures d'intimidation, de coercition, de violence et toute autre tactique de contrôle pour établir et maintenir une relation de domination sur son épouse (Pence & Dasguspa, 2006). Cette conceptualisation

de la violence conjugale sous-tend l'adhésion de l'homme à une conception patriarcale du mariage dans laquelle le mari est le chef de famille, seul décideur, tandis que sa femme et ses enfants sont sa propriété sur laquelle il a le droit d'asseoir son autorité (Walsh et al., 2015). Dans un tel contexte, la violence dont l'homme peut faire usage pour obtenir la soumission de sa femme et de ses enfants aurait longtemps été légitimée. Cet état de fait aurait toutefois été fortement dénoncé par des groupes féministes depuis les années 1970 (Dutton, 1995; Medoff, 2006).

Avec la publication de sondages à large échelle (p. ex., 2143 entrevues à travers les États-Unis; Straus, Gelles, & Steinmetz, 2006), où la violence conjugale pouvait être perpétrée autant par la femme que par l'homme, une définition plus large de la violence conjugale est devenue nécessaire. Ainsi, la violence conjugale pouvait également être définie comme une manière inadéquate de gérer des conflits interpersonnels au sein d'un couple (Hamel, 2007).

Diverses typologies

Johnson (1995) a proposé de reconnaître et de distinguer l'existence de deux types de violence conjugale. En tenant compte des sondages réalisés auprès de la population générale et d'entrevues auprès de femmes logeant dans des refuges pour femmes victimes de violence, il a développé un modèle théorique. Son modèle reconnaît à la fois l'existence de situations de couple où la femme est dominée par son conjoint et subit de la violence de sa part ainsi que des situations telles que celles décrites par Straus et ses collègues

(2006) où la violence entre les conjoints est bidirectionnelle. Johnson distingue ainsi le terrorisme patriarcal (*patriarcal terrorism*), où la violence plus sévère est typiquement émise par l'homme, de la violence de couple dite situationnelle (*common couple violence*), où les deux conjoints peuvent sporadiquement recourir à des gestes de violence lors de l'escalade des conflits. Cette distinction permet une meilleure compréhension de la violence conjugale, tant au niveau politique que juridique et thérapeutique (Keating, 2015).

Holtzworth-Munroe et Stuart (1994) ont proposé un modèle typologique de la violence conjugale s'appuyant sur les études empiriques conduites auprès d'hommes auteurs de violence. À partir d'une revue des écrits scientifiques et cliniques sur les définitions de la violence conjugale déjà existantes, ils ont retenu trois dimensions qui permettent de distinguer les différents profils de conjoints violents. Ces dimensions sont la sévérité de la violence, la généralité de la violence (seulement envers la femme ou envers d'autres personnes aussi) et la présence de troubles psychologiques. À l'aide de ces trois dimensions, ils ont proposé, puis testé un modèle en trois sous-types (Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman, & Stuart, 2000) : hommes dont la violence est limitée à la famille (*family only*), hommes présentant une personnalité limite ou tendance dysphorique (*borderline-dysphoric*) et hommes généralement violents ou antisociaux (*generally violent-antisocial*). Ces chercheurs proposent qu'une meilleure compréhension des différents patrons de violence conjugale pourrait permettre une plus grande efficacité

thérapeutique en permettant un ajustement entre les caractéristiques du conjoint violent et le traitement qui lui est offert.

Une autre dimension très importante de la violence conjugale est la forme dans laquelle elle survient. La première forme de violence conjugale qui a été reconnue est la violence physique (Macleod & Cadieux, 1980; Stuart, 2004). Ce type de violence prend diverses formes au plan comportemental, notamment pousser, frapper avec la main, le poing ou un objet, brûler, battre, étrangler ou utiliser une arme (couteau, fusil) contre son conjoint ou sa conjointe (Sugg, 2015).

Cependant, d'autres formes de violence conjugale ont été décrites (Sugg, 2015). La violence sexuelle comprend divers comportements utilisés pour amener le conjoint ou la conjointe à des expériences sexuelles non désirées, qu'elles soient avec contacts (embrasser, caresser, pénétrer) ou sans contact (photographies ou vidéos). La violence psychologique consiste à intimider l'autre en le traitant de noms, en le ridiculisant, en l'apourant avec sa colère, en le menaçant de le blesser, de se blesser, de blesser les enfants, les animaux, ou de détruire des objets. La violence conjugale dite psychologique peut aussi se manifester par une isolation sociale coercitive, qu'il s'agisse d'un contrôle des finances (cette dernière étant aussi appelée violence économique; Gouvernement du Québec, 1995), d'une privation de nourriture ou de soins médicaux. D'autres formes de violence conjugale psychologique incluent le harcèlement ou le *stalking* (c.-à-d., forcer des contacts par appels téléphoniques, par messages textes, par courriels, suivre le ou la

partenaire, entrer chez lui ou elle sans invitation), amenant le conjoint ou la conjointe à craindre pour sa sécurité. Enfin, la violence conjugale peut aussi prendre la forme de contrôler les choix par rapport à la reproduction et à la sécurité sexuelle, par exemple, refuser de mettre un condom ou d'aviser le ou la partenaire de la présence d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang.

Dans le cadre de cette étude, la violence conjugale est définie comme l'ensemble des comportements d'agression physique, psychologique et sexuelle perpétrés envers un partenaire amoureux (Sugg, 2015). Elle peut ainsi s'inscrire à la fois dans un contexte de terrorisme patriarcal ou de violence conjugale dite situationnelle (Johnson, 1995).

Les conséquences de ces diverses formes de violence conjugale sont multiples et importantes. À ce sujet, il importe de constater que, bien que la recherche révèle que les femmes émettent autant de gestes de violence conjugale que les hommes (p. ex., Statistique Canada, 2009, 2016), les conséquences de la violence conjugale perpétrée par les hommes envers les femmes sont plus graves, tant physiquement que psychologiquement (p. ex., Babcock et al., 2004). Coker et ses collègues (2002) ont étudié les effets de la violence conjugale sur près de 14 000 hommes et femmes victimes de violence conjugale. Leurs résultats montrent que la violence conjugale physique est associée à des problèmes chroniques de santé physique et mentale plus sévères chez les femmes victimes. La violence psychologique et la violence sexuelle ne seraient pas souvent associées à des blessures physiques (Crowell & Burgess, 1996), mais auraient des

effets sévères sur la santé psychologiques des victimes (anxiété, dépression, choc post-traumatiques; Mertin & Mohr, 2001), notamment au niveau de la capacité à développer et entretenir des relations saines (Levendosky, Lannert, & Yalch, 2013).

À la lumière de ces importantes conséquences, il apparaît toujours essentiel de développer différents moyens afin de réduire la violence conjugale. Et puisque les conséquences de la victimisation sont plus sévères pour les femmes que pour les hommes, il apparaît particulièrement important de chercher à réduire la violence conjugale perpétrée par les hommes. Comme le mentionnent Murphy et Eckhardt (2005), l'aide psychologique pour les conjoints violents constitue un moyen logique à privilégier pour réduire la violence conjugale. La section qui suit présente les modalités du traitement de la violence psychologique et les limites associées à ce moyen de réduire la récurrence de violence conjugale.

Le traitement de la violence conjugale

Le traitement de la violence conjugale a également évolué avec le temps. Les premières formes de traitement systématique de la violence conjugale masculine seraient apparues dans les années 1970 et, au cours des quelque 30 années suivantes, auraient centuplé en termes de nombre de programmes différents (Laviolette, 2001).

Dans les années 1970, les mouvements féministes ont milité afin de sensibiliser la population et les décideurs politiques au problème de violence conjugale (Dobash &

Dobash, 1979). Les premières interventions systématiques développées pour traiter les hommes auteurs de violence conjugale visaient à responsabiliser les hommes face à leur violence et à les éduquer hors du modèle patriarcal dans lequel ils avaient grandi, sans les incarcérer (US Department of Justice, 2003). Le modèle Duluth (Domestic Abuse Intervention Project; Pence & Paymar, 1993), le modèle psychoéducatif le plus souvent adopté aux États-Unis (Murphy & Eckhardt, 2005), a été développé dans cette optique de briser le moule patriarcal et de responsabiliser les hommes face à leur violence. Cette forme de traitement se dispense à des groupes relativement homogènes d'hommes, sur une période variant entre 24 à 36 semaines. Les participants y reçoivent des informations et participent à des exercices qui les confrontent dans leurs attitudes et leurs croyances face à la domination et au contrôle de leur conjointe et de leurs enfants. En amenant les hommes à comprendre les causes de leurs comportements violents, il est supposé que ceux-ci parviendront à éradiquer la violence conjugale de leur vie (Pence & Paymar, 1993).

Plusieurs critiques ont été formulées vis-à-vis ce modèle d'interventions (p. ex., Corvo, Dutton, & Chen, 2009), la plus fréquente étant sa faible efficacité. Par exemple, selon les résultats de l'étude de Labriola, Rempel et Davis (2008), le pourcentage d'hommes assignés au programme Duluth de traitement de la violence conjugale qui sont arrêtés de nouveau pour violence conjugale au cours de l'année suivant la première sentence (16 %) ne diffère pas de celui des hommes qui n'ont pas été assignés à un tel programme (12 %). Ainsi, il apparaît difficile de montrer que ce traitement réduit la

violence conjugale au-delà de la simple arrestation. Certains chercheurs ont tenté de mieux comprendre pourquoi ce type de traitement ne parvenait pas toujours à réduire la récidive en ce qui a trait à la violence conjugale.

Une des limites que présenterait le modèle Duluth serait le caractère unidimensionnel par lequel la solution au problème de violence conjugale serait définie (Brenner, 2013). En effet, la violence conjugale est définie par les concepteurs de ce programme comme une mesure de domination de l'homme sur son épouse (Pence & Paymar, 1993). Cette définition correspond davantage à la définition du terrorisme patriarcal de Johnson (1995), mais ne s'applique pas nécessairement à d'autres formes de violence conjugale (p. ex., la violence conjugale situationnelle réciproque; Johnson, 1995). Comme le rapporte Medoff (2006), les cliniciens et les agents de probation constatent depuis longtemps que la violence conjugale n'est pas un phénomène monolithique, mais une problématique complexe à laquelle des solutions adaptées doivent être apportées.

Au cours des années suivantes, d'autres modèles pour aider les hommes auteurs de violence conjugale à cesser leurs actes violents ont été proposés. La psychothérapie basée sur l'approche cognitive-comportementale constitue l'alternative au modèle Duluth la plus communément adoptée (Babcock et al., 2004). Ce modèle est basé sur le postulat que la violence est un comportement appris par les individus (Faulkner, Stoltenberg, Cogen, Nolder, & Shooter, 1992). Ainsi, les comportements violents seraient sous-tendus par des attributions erronées (p. ex., une hostilité perçue chez la conjointe) et renforcés par

diverses conséquences positives (p. ex., un soulagement de tension ou la soumission de la conjointe). Le traitement se centrerait donc autour de la rationalisation de la violence et de l'apprentissage de nouvelles habiletés de communication et d'affirmation, de résolution de conflits, ainsi que par l'acquisition de techniques de relaxation, comme alternatives aux gestes de violence.

Ce modèle de traitement se base sur le principe des pratiques appuyées par les données probantes (Faulkner et al., 1992; Hamel, 2014). Les défenseurs de cette approche expliquent l'importance de tenir compte des résultats d'études afin de développer les stratégies les plus efficaces pour réduire le problème de violence conjugale. Notamment, certaines études tendent à montrer que les hommes auteurs de violence conjugale présentent des caractéristiques particulières (p. ex., McCloskey, Sitaker, Grigsby, & Malloy, 2003; Sarto & Esteban, 2010), telles qu'une forte tendance à l'abus de substances (alcool et drogues), une forte tendance à ressentir de la colère et une difficulté à gérer leurs émotions. Une meilleure compréhension de la psychologie des conjoints violents devrait permettre une amélioration de l'efficacité du traitement.

À cet effet, les études révèlent que l'approche de psychothérapie de groupe basée sur les principes cognitivo-comportementaux n'est pas plus efficace que les autres approches pour réduire la violence conjugale. Selon la méta-analyse de Babcock et al. (2004) réalisée sur 22 études portant sur l'efficacité de différentes formes de traitement de la violence

conjugale, l'approche cognitive-comportementale est aussi efficace que l'approche Duluth pour prévenir la récidive chez les hommes auteurs de violence.

Plus récemment, d'autres modèles de traitement se sont développés afin de réduire la violence conjugale (voir Dutton & Sonkin, 2003). Certaines de ces approches ont fait l'objet d'études d'efficacité au cours des dernières années. Notamment, l'approche développée par Waltz (2003) basée sur l'intégration des principes de la thérapie dialectique pour le trouble de la personnalité limite (Linehan, 1993) serait prometteuse auprès des conjoints auteurs de violence qui présentent des traits dysphoriques (Cavanaugh, Solomon, & Gelles, 2011). De même, une approche de type cognitive-comportementale intégrant certains éléments de l'approche psychodynamique (notamment l'attachement; Sonkin & Dutton, 2003) permettrait de réduire les risques de récidive significativement mieux qu'une approche exclusivement cognitive-comportementale auprès d'une population clinique (Lawson, 2010).

À ce jour, les programmes de traitement pour hommes auteurs de violence sont offerts presque'exclusivement en format de groupe (Murphy & Eckhardt, 2005). Or, comme le soulignent Murphy et Meis (2008), aucun argument rationnel n'explique pourquoi le traitement en groupe serait devenu la norme en intervention auprès des hommes auteurs de violence conjugale. Au contraire, Murphy et Meis relèvent certains dangers liés à l'intervention de groupe en général (p. ex., recherche de l'attention des membres du groupe pour se valoriser) et pour les hommes auteurs de violence en particulier (p. ex.,

possible renforcement par les pairs de comportements antisociaux). Selon Murphy et Meis, la thérapie individualisée pour chaque homme ayant émis des comportements violents permettrait d'éviter plusieurs de ces dangers (p. ex., élimination du risque de renforcement par les pairs de comportements antisociaux et anti-thérapeutiques) et offrirait plusieurs avantages (p. ex., identification de cibles de traitement spécifiques personnalisées). Aucune étude recensée à ce jour n'a porté sur l'efficacité d'une approche individuelle dans le traitement de la violence conjugale.

Qui plus est, une des limites les plus importantes à l'efficacité des traitements actuels pour réduire l'incidence de la violence conjugale est un taux très élevé d'abandon du traitement. Comme le rapportent Jewell et Wormith (2010), dans une méta-analyse sur les variables associées à l'abandon d'un traitement de la violence conjugale pour hommes, les taux d'abandon se situent généralement entre 15 et 58 %. À cet effet, Bowen et Gilchrist (2006) soulignent que l'efficacité des traitements de la violence conjugale est souvent surestimée, car elle n'évalue pas le taux de récurrence de la part des clients qui ont abandonné leur traitement avant la complétion. De fait, des études ont montré des plus hauts taux de récurrence lors de l'abandon du traitement en format de groupe que lors de sa complétion (p. ex., Gondolf, 1997; Labriola et al., 2008). Il apparaît donc primordial de se pencher sur l'abandon thérapeutique afin de mieux comprendre et prévenir l'abandon de suivis pour hommes auteurs de violence conjugale.

L'étude de l'abandon thérapeutique

À ce jour, environ une quarantaine d'études portant sur les facteurs permettant de prédire l'abandon thérapeutique chez les hommes qui consultent pour une problématique de violence conjugale ont été recensées. Les caractéristiques et les résultats principaux de ces études sont ici présentés.

L'opérationnalisation de l'abandon thérapeutique.

Dans les études recensées, l'abandon thérapeutique (c.-à-d., l'action de quitter un traitement avant d'avoir complété le nombre prescrit de séances) est habituellement traité comme une variable dichotomique (c.-à-d. complétion ou abandon du traitement; p. ex., Bowen & Gilchrist, 2006). Dans ces études, les participants sont donc classés dans deux catégories simples et distinctes : ceux qui ont complété (*completers*) et ceux qui ont abandonné (*dropout*) le traitement. Cette approche permet de diviser les participants selon cette variable dichotomique et oriente le choix de méthodes d'analyses, selon que la variable d'abandon est traitée comme variable indépendante (tests *t*, MANOVAs, chi-carrés) ou dépendante (régression logistique).

Il n'existe cependant pas de consensus dans ces écrits scientifiques sur ce qui constitue une mesure objective de l'abandon thérapeutique. En effet, le pourcentage de séances nécessaires pour considérer qu'un participant a effectivement complété le traitement diffère d'une étude à l'autre, variant entre moins de 70 % (p. ex., Bowen & Gilchrist, 2006) et 100 % (p. ex., Carney, Buttell, & Muldoon, 2006). De plus, certains

programmes de traitement sont d'une plus longue durée que d'autres, les plus courts comptant huit séances (p. ex., Faulkner, Cogan, Nolder, & Shooter, 1991) et les plus longs s'étendant sur 52 séances (p. ex., Rosenberg, 2003). En moyenne, la durée des programmes de traitement est de 18 séances de groupe (Jewell & Wormith, 2010). Ainsi, le recours à une variable dichotomique d'abandon ou de complétion du traitement peut représenter un nombre très variable de séances complétées d'une étude à l'autre, ce qui limite la comparaison entre les études.

En outre, une telle opérationnalisation de la variable d'abandon (c.-à-d., complétion ou abandon selon un pourcentage de séances complétées) n'est possible que dans la mesure où une durée minimale du suivi est déterminée, dans le cadre d'un traitement de type fermé (c.-à-d., un traitement pour lequel le début et la fin ainsi que le contenu sont préalablement fixés). Dans le cadre d'un suivi thérapeutique en format ouvert, où les objectifs de traitement sont déterminés par le client et le thérapeute et où la durée est indéterminée et variable pour chaque suivi, il n'est pas possible de déterminer *a priori* un seuil commun pour chaque suivi au-delà duquel un suivi individuel peut être considéré comme complété. Ainsi, la notion d'abandon n'est plus pertinente dans la mesure où le suivi thérapeutique est de type ouvert.

Pour pallier à cette limite, certaines études (p. ex., Cullen, Soria, Clarke, Dean, & Fahy, 2011) ont utilisé l'opinion professionnelle du thérapeute pour déterminer si le client avait ou non abandonné la thérapie avant sa complétion. Cette méthode permet de

départager les participants qui ont abandonné leur traitement de ceux qui l'ont complété autrement que par la complétion d'un nombre de séances relativement arbitraire. Cependant, comme le soulignent Corning, Malofeeva et Bucchianeri (2007), les thérapeutes ont habituellement des objectifs de traitement plus ambitieux que ceux de leurs clients. Ainsi, même si certains participants diraient avoir rencontré leurs objectifs personnels, les thérapeutes auraient tendance à considérer leur cessation de la thérapie comme un abandon, ce qui aurait pour effet de gonfler le taux d'abandon.

Dans ce contexte, il convient peut-être mieux d'étudier les différents moments de cessation d'un suivi en format ouvert pour violence conjugale, plutôt que de tenter de diviser les participants entre ceux qui ont complété et ceux qui ont abandonné leur suivi. Un premier objectif serait alors d'étudier s'il existe un moment où il est plus probable que les participants cessent leur démarche. Les caractéristiques des participants qui ont cessé leur démarche à ces moments-clés pourraient par la suite être comparées à celles des participants toujours en suivi.

En ce sens, quelques études (p. ex., Taft, Murphy, Elliot, & Morrel, 2001) ont tenu compte du nombre de séances complétées avant la cessation du traitement de groupe par les participants, plutôt que de se limiter à une variable dichotomique d'abandon du traitement. Un tel devis de recherche permet une analyse plus fine des facteurs liés à l'abandon d'un traitement pour violence conjugale. Par exemple, Taft et al. (2001) ont montré qu'une forme de traitement comportant des techniques pour susciter la motivation

(Entretien motivationnel, Miller & Rollnick, 1991) est associée à un plus grand nombre de séances complétées qu'un traitement sans ces mesures. De plus, leurs résultats montrent que plus le nombre de séances complétées par les participants est élevé, moins il y a de violence conjugale et moins il y a de récidivisme au niveau criminel. De même, dans une étude sur l'abandon d'un traitement en format de groupe pour violence conjugale, Hamberger, Lohr et Gottlieb (2000) ont montré qu'il existe des différences entre les participants qui abandonnent plus tôt (au cours des trois séances initiales d'évaluation individuelle) et ceux qui abandonnent plus tard (au cours des rencontres d'intervention en groupe) leur traitement. En effet, les participants qui abandonnent plus tôt présenteraient davantage des traits de personnalités paranoïdes, alors que les participants qui abandonnent plus tard présenteraient plutôt des traits de personnalité limite, tels que mesurés par le MCMI (Millon, 1983).

Compte tenu des résultats d'études qui montrent que le moment de cessation du traitement peut être important pour discriminer les participants qui terminent leur traitement de façon plus ou moins précoce, il apparaît ainsi pertinent de tenir compte du *nombre de séances* auxquelles participent les hommes en suivi pour un problème de violence conjugale, plutôt que de se limiter à une variable dichotomique qui semble arbitraire.

Le format du traitement

Parmi les quelques 40 études recensées sur les facteurs permettant de prédire l'abandon thérapeutique chez les hommes qui consultent pour violence conjugale, toutes portent sur un traitement d'une durée prédéterminée et en format de groupe, à l'exception de l'étude de Dunford (2000) portant sur un traitement de couple. Aucune étude recensée à ce jour n'a porté sur l'abandon de la thérapie en format individuel. En fait, il apparaît que la norme américaine soit, dans une majorité d'états, de prescrire un traitement en format de groupe pour violence conjugale (Murphy & Meis, 2008). Les motifs pour expliquer cette norme ne sont pas clairement statués. Bien sûr, l'argument économique se pose d'emblée : il est plus économique d'offrir un traitement à plusieurs hommes en même temps qu'à un homme à la fois. Pour leur part, Austin et Dankwort (1999) évoquent qu'une certaine méfiance serait présente dans plusieurs états américains en regard de l'intervention individuelle auprès de cette clientèle.

En contrepartie, Murphy et Meis (2008) défendent l'importance de développer et d'évaluer des programmes de traitement de la violence conjugale en format individuel. Le groupe de chercheurs auquel ces auteurs appartiennent travaille depuis plusieurs années à susciter et à maintenir la motivation que peuvent avoir les hommes auteurs de violence à être en traitement (p. ex., Musser, Semiatin, Taft, & Murphy, 2008; Taft et al., 2001). Considérant l'efficacité d'un entretien motivationnel mené individuellement avant d'intégrer le groupe de thérapie, Murphy et Meis (2008) avancent qu'il y aurait encore davantage de bénéfices si la thérapie elle-même était conduite de façon individuelle. Ils ajoutent que la thérapie individuelle permettrait d'éviter certains écueils possibles de

l'intervention de groupe, tel que la recherche d'attention des membres du groupe et le renforcement de comportements antisociaux par les pairs.

Depuis les années 2000, quelques modèles d'intervention en format individuel ont été développés pour aider les conjoints à diminuer leurs comportements violents. Geffner et Mantooth (2000) proposent un modèle psychoéducatif d'une durée de 26 semaines. Le traitement est d'orientation majoritairement féministe et est dispensé à des participants en individuel, en couple, en groupe d'individus ou en groupe de couples. Au cours de ce processus, les participants apprennent des habiletés de gestion du stress et des émotions, des habiletés de communication, ils sont amenés à développer une meilleure estime de soi et à corriger leurs pensées erronées. À ce jour, aucune étude n'a documenté l'efficacité ou les facteurs d'abandon de cette forme de traitement.

Murphy et Eckhardt (2005) ont aussi proposé un modèle psychothérapeutique pour traiter la violence conjugale en format individuel. Ce modèle serait le premier traitement d'orientation cognitive-comportementale de format individuel. De plus, ce modèle ne prescrit pas un nombre précis de séances pour compléter le programme, ce qui en fait un des rares modèles de traitement en format ouvert. Ce modèle est basé sur une formulation de cas individualisée permettant de travailler sur les besoins spécifiques de chacun des clients. Une attention particulière est portée au développement d'une forte alliance de travail, à l'élimination des comportements violents, à l'altération des pensées et schémas cognitifs erronés, au développement d'habiletés de communication et à la prévention de la

récidive. Au besoin, les traumas passés sont examinés et mis en lien avec les comportements violents présents. À l'heure actuelle, aucune étude n'a été conduite sur l'efficacité ou l'abandon d'un tel traitement.

Il semble donc qu'il ne soit pas encore possible de déterminer si un traitement pour violence conjugale en format individuel permet davantage de prévenir la récidive ou encore si les hommes complètent davantage ce genre de traitement. Puisqu'il existe déjà des dizaines d'études sur l'abandon de traitements en format de groupe pour violence conjugale (Jewell & Wormith, 2010), il apparaît original et pertinent de conduire une recherche auprès d'hommes en suivi individuel pour violence conjugale, afin de déterminer quels sont les facteurs qui permettent d'expliquer l'abandon du suivi.

Particularités d'un suivi individuel en format ouvert. Toutes les études consultées portant sur l'efficacité ou l'abandon d'un suivi pour violence conjugale comportaient un nombre de rencontres fixes. Encore une fois, il est difficile de trouver dans la littérature scientifique des appuis empiriques et théoriques qui permettent de justifier ce choix. Il est à nouveau possible d'invoquer l'argument économique. Comme le mentionne Hudson-Allez (1999), il n'est pas toujours possible de montrer qu'un suivi en format ouvert est plus efficace qu'un traitement à durée limitée. Cependant, certains clients présentent des besoins particuliers (p. ex., problèmes de consommation) qu'il est plus facile d'aborder ou de considérer dans un suivi individuel en format ouvert (Hudson-Allez, 1999; Murphy & Meis, 2008). En effet, il y a souvent présence de comorbidité chez les hommes qui

présentent un problème de violence conjugale et il est parfois indispensable de traiter les deux problématiques en concomitance (Murphy & Eckhardt, 2005). Un suivi individuel en format ouvert offre à la fois la flexibilité nécessaire pour traiter les difficultés particulières de chaque client et le temps nécessaire pour rencontrer les objectifs visés.

Les facteurs liés à l'abandon thérapeutique

Plusieurs chercheurs ont étudié les déterminants de l'abandon d'un traitement en format de groupe pour violence conjugale. Ces déterminants sont, à peu d'exception près (p. ex., Rondeau, Brodeur, Brochu, & Lemire, 2001), mesurés à l'aide de questionnaires remplis par les participants avant le début du traitement. Dans une récente méta-analyse conduite sur 30 études, Jewell et Wormith (2010) ont identifié une série de facteurs liés de façon stable à l'abandon thérapeutique des hommes en traitement de groupe pour la violence conjugale. Ils les regroupent en trois catégories : les variables sociodémographiques, les variables liées à la violence et les variables intrapersonnelles. C'est cette forme de regroupement qui a été retenue ici.

Les variables sociodémographiques

Cinq facteurs sociodémographiques ressortent comme des déterminants stables de l'abandon d'un traitement en format de groupe pour violence conjugale (Jewell & Wormith, 2010) : 1) l'âge, 2) le revenu, 3) la scolarité, 4) l'occupation, ainsi que 5) le statut conjugal. Les études ayant documenté chacune de ces variables sont présentées successivement.

L'âge. Treize études recensées (p. ex., Bowen & Gilchrist, 2006; Rondeau et al., 2001) montrent que les participants plus jeunes ont davantage tendance à abandonner leur traitement avant la complétion de celui-ci. Ces études utilisent le concept de manque de stabilité dans le mode de vie proposé par Cadsky et ses collègues (1996) pour expliquer ce phénomène. Selon eux, les clients qui sont dans une situation plus précaire (c.-à-d., jeune âge, faible revenu, faible niveau de scolarité, rarement employé à temps plein, déménagements fréquents et non marié) sont plus à risque d'avoir des démêlés avec la justice et ont moins tendance à compléter les traitements qu'ils entreprennent. En contrepartie, parmi les 30 études recensées par Jewell et Wormith (2010), près de la moitié (14) n'ont pas permis de montrer de lien significatif entre l'âge et l'abandon du traitement (p. ex., Beldin, 2008; McCloskey et al., 2003). Aucune étude recensée ne montre toutefois la tendance inverse (c.-à-d., que les hommes plus âgés abandonneraient la thérapie en plus grand nombre).

Le revenu. Sept des études recensées (p. ex., Babcock & Steiner, 1999; Rothman, Gupta, Pavlos, Dang, & Coutinho, 2007) par la méta-analyse de Jewell et Wormith (2010) montrent que les participants qui déclarent un moindre revenu ont davantage tendance à abandonner leur traitement de groupe en violence conjugale avant sa complétion. À nouveau, c'est le concept d'instabilité de vie qui est le plus souvent invoqué (Cadsky et al., 1996; Rondeau et al., 2001). Cependant, 10 études n'ont pas trouvé de lien entre le revenu et l'abandon thérapeutique (p. ex., Bennett, Stoops, Call, & Flett, 2007; Gordon &

Moriarty, 2003). Aucune étude recensée ne montre cependant la tendance inverse (c.-à-d., que les hommes déclarant un revenu plus élevé abandonneraient la thérapie en plus grand nombre).

La scolarité. Selon six des études recensées, les hommes qui ont un niveau de scolarité plus faible sont plus nombreux à abandonner leur traitement en format de groupe pour violence conjugale, (p. ex., Rondeau et al., 2001; Taft et al., 2001). Ces études n'offrent aucune explication au sujet de ce lien trouvé. Cependant, la moitié (15) des études recensées par Jewell et Wormith (2010) ne trouvent pas de lien entre la scolarité et l'abandon d'un traitement en format de groupe pour violence conjugale, que la scolarité soit traitée comme une variable continue (p. ex., nombre d'années de scolarité; Buttell & Carney, 2002) ou dichotomique (p. ex., avoir complété des études secondaires ou non; Bennett et al., 2007). Aucune étude recensée ne montre toutefois la tendance inverse (c.-à-d., que les hommes ayant complété un plus haut niveau de scolarité abandonneraient la thérapie en plus grand nombre).

L'occupation. Selon 12 des études recensées, les hommes en traitement de groupe pour violence conjugale qui n'occupent pas un emploi ont plus tendance à abandonner leur traitement (p. ex., Gerlock, 2001). Certains auteurs (p. ex., Daly, Power, & Gondolf, 2001) proposent que les clients qui occupent un emploi appartiennent à une classe sociale qui est davantage sensible aux valeurs sociales de respect de la femme que les hommes qui ne travaillent pas. Douze études (p. ex., Hamberger et al., 2000) ont étudié la variable

d'occupation en lien avec la complétion du traitement, mais n'ont pas montré de lien. La plupart des études ont traité l'occupation comme une variable dichotomique (emploi, sans emploi). Bennett et ses collègues (2007) ont pour leur part trouvé qu'une variable dichotomique basée sur le fait d'occuper ou non un emploi *à temps plein* est davantage associée à l'abandon, mais pas le fait d'occuper un emploi à temps partiel. Ils soulèvent ainsi la pertinence de considérer les participants qui occupent un emploi à temps partiel comme présentant des caractéristiques différentes des participants qui occupent un emploi à temps plein.

Le statut conjugal. Le statut conjugal est traité à travers les études sur l'abandon d'un traitement en format de groupe pour violence conjugale comme une variable dichotomique (marié ou non; p. ex., Buttell & Carney, 2008) ou comme une variable catégorielle (p. ex., marié, séparé, divorcé, célibataire; Beldin, 2008). Huit des études recensées par Jewell et Wormith (2010) montrent que le fait de ne pas être marié est associé à un plus haut taux d'abandon (McCloskey et al., 2003), dont deux (Cadsky et al., 1996; Rondeau et al., 2001) des trois études canadiennes (Scott, 2004) qui étudient l'abandon thérapeutique d'un suivi de groupe fermé pour violence conjugale. L'explication que certaines de ces études proposent (p. ex., Bowen & Gilchrist, 2006; Cadsky et al., 1996) est le manque de stabilité dans le mode de vie. Bowen et Gilchrist (2006) citent l'étude de Sherman et Smith (1992) qui montre que le fait de ne pas être marié indiquerait un manque d'intérêt pour la conformité (*low stake in conformity*) et prédirait la récidive chez les hommes arrêtés pour violence conjugale. D'autre part, une

majorité des études (16) montre que le statut conjugal ne permet pas de discriminer les participants qui abandonnent un traitement de groupe pour violence conjugale de ceux qui le complètent (p. ex., Scott, 2004). Néanmoins, puisque le statut conjugal est une variable étudiée par la vaste majorité des études sur l'abandon thérapeutique d'un suivi pour violence conjugale (26 sur 30; Jewell & Wormith, 2010), est identifié comme un prédicteur stable de l'abandon (Jewell & Wormith, 2010), et que la majorité des études canadiennes montrent un lien avec l'abandon thérapeutique, il apparaît pertinent de vérifier si cette variable est liée au moment de cessation d'un suivi pour violence conjugale individuel. Cependant, comme Le Bourdais et Lapierre-Adamcyk (2004) l'ont montré, depuis la fin des années 1970, l'union de fait au Québec tend de plus en plus à devenir une alternative acceptée comme unité de base de la vie familiale, contrairement aux autres régions du Canada. Il apparaît donc important de regrouper les hommes mariés avec les hommes en union de fait pour tenir compte du contexte québécois.

Les variables liées à la violence

Les variables liées à la violence qui se retrouvent dans les études sur l'abandon d'un traitement pour violence conjugale sont l'expérience avec la Cour et la sévérité de la violence émise. L'effet de ces facteurs s'est toutefois révélé très peu stable à travers les études (Jewell & Wormith, 2010). Ces différents facteurs sont explicités dans les paragraphes qui suivent.

Expérience avec la Cour. L'existence d'un lien entre une expérience avec la Cour et le fait d'abandonner un traitement en format de groupe pour violence conjugale a été étudiée par 13 des 30 études recensées par Jewell et Wormith (2010). Le fait d'en être à sa première offense ou d'être en thérapie sous injonction de la Cour est associé de façon stable à la *poursuite* du traitement, selon les résultats de 10 études américaines (p. ex., Buttell & Carney, 2002). Au contraire, l'étude canadienne de Cadsky et al. (1996) a trouvé qu'une participation sous ordonnance de la Cour serait plutôt associée à *l'abandon* du traitement. Les chercheurs canadiens expliquent ce résultat par le fait que, dans la région canadienne où l'étude a eu lieu, il y a peu de risques de faire face à des conséquences légales en ne participant pas à un traitement ordonné par la Cour. Enfin, seulement trois des études recensées n'ont pas trouvé de lien entre l'abandon du traitement et le fait d'être en thérapie sous injonction de la Cour (Chang & Saunders, 2002; Duplantis, Romans, & Bear, 2006; Rooney & Hanson, 2001).

Sévérité de la violence émise. Selon la méta-analyse de Jewell et Wormith (2010), la sévérité de la violence émise par l'homme n'est pas non plus liée de manière stable à l'abandon d'un traitement en format de groupe pour violence conjugale. En effet, 8 des 14 études qui ont examiné la sévérité de la violence comme prédicteur de l'abandon thérapeutique ont trouvé un effet significatif. Toutefois des résultats contradictoires sont obtenus par les différentes études. À cet effet, Bowen et Gilchrist (2006) rapportent que, pour leur échantillon de participants d'origine britannique, plus le nombre d'actes de violence émise (physique et psychologique) rapporté par les participants à l'*Abusive*

Behavior Inventory (ABI; Shepard & Campbell, 1992) est élevé, plus les participants ont tendance à *compléter* leur traitement. Ces chercheuses expliquent qu'une plus grande reconnaissance d'une problématique de violence de la part des participants expliquerait à la fois leur aveu d'un plus grand nombre d'actes de violence et une plus grande persévérance dans le traitement. À l'opposé, Carney et al. (2006), à l'aide d'un échantillon américain, montrent que les participants qui abandonnent le traitement ont tendance à rapporter marginalement plus d'actes de violence psychologique, physique et sexuelle au *Revised Conflict and Tactics Scale* (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996) que ceux qui le complètent. Pour expliquer cette divergence, il importe de noter que la définition de la complétion diffère entre ces études : les participants de l'étude de Bowen et Gilchrist (2006) devaient avoir complété 19 des 24 séances (79,2 %) composant le programme, tandis que ceux de l'étude de Carney et al. (2006) devaient avoir complété toutes les 16 séances (100 %) composant le programme. Ainsi, la mesure de la sévérité de la violence, l'origine des participants et la définition de l'abandon distinguent ces deux études.

Les variables intrapersonnelles

Le troisième type de variables ciblé par Jewell et Wormith (2010) pour expliquer l'abandon thérapeutique concerne les facteurs intrapersonnels. Les facteurs intrapersonnels sont les facteurs liés au fonctionnement intrapsychique du participant. Parmi ceux-ci, se retrouvent la colère et la consommation d'alcool. La dernière variable retenue dans cette étude est l'attachement adulte, une variable intrapersonnelle qui n'est

pas étudiée par Jewell et Wormith (2010), mais qui semble pertinente dans l'étude de l'abandon thérapeutique d'un suivi pour violence conjugale.

La colère. La colère est généralement définie comme un état émotionnel dont l'intensité peut varier d'une légère irritation à une rage furieuse et intense (Laughrea, Wright, McDuff, & Bélanger, 2000). Spielberger (1988) a établi la distinction entre le sentiment de colère, un vécu subjectif momentané, et le trait de personnalité colérique, défini comme la propension à ressentir la colère. Eckhart et ses collaborateurs (Eckhart, Barbour, & Stuart, 1997; Norlander & Eckhardt, 2005) ont montré que l'émotion de colère, tout comme la propension à vivre de la colère, sont liées à l'émission de violence conjugale chez les hommes adultes.

Le lien entre la colère et l'abandon du traitement est significatif pour quatre études (Catlett, Toews, & Walilco, 2001; Chang & Saunders, 2002; Eckhardt, Samper, & Murphy, 2008, Sartin, 2004). Trois de ces études montrent que plus les hommes rapportent de colère, plus ils ont tendance à abandonner leur traitement (Catlett et al., 2001; Eckhardt et al., 2008; Sartin, 2004), alors que l'étude de Chang et Saunders (2002) montre l'inverse. Daly et al. (2001) n'ont pour leur part pas trouvé de lien entre le nombre de séances de groupe complétées et la mesure de colère de Millon (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 1994).

De façon plus précise, l'étude de Catlett et al. (2010) montre une corrélation positive modérée ($r = 0,42$) entre l'hostilité, un construit similaire au trait de personnalité colérique (Birkley & Eckhardt, 2015), et l'abandon d'un traitement en format de groupe pour violence conjugale. Les résultats d'Eckhardt et al. (2008) vont dans le même sens. En mesurant la tendance à vivre et à exprimer sa colère à l'aide du State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI; Spielberger, 1988), ils ont montré que l'abandon de la thérapie est associé à une « forte colère exprimée » ou à une « colère modérée non exprimée ». Ainsi, la propension à vivre de la colère serait liée à l'abandon d'un traitement thérapeutique entamé. Les échantillons de ces deux études étaient composés d'hommes majoritairement afro-américains et mandatés par la Cour pour suivre un traitement en format de groupe pour violence conjugale.

Sartin (2004), dans une thèse de doctorat, a évalué 189 hommes majoritairement blancs (proportion non spécifiée consultant sous ordre de la Cour) avant le début d'un traitement en format de groupe pour violence conjugale, en utilisant le Multidimensional Anger Inventory (MAI; Siegel, 1986). Les résultats montrent que seules 2 des 13 sous-échelles du MAI (la tendance à rester en colère longtemps et la tendance à réprimer la colère) sont corrélées négativement au nombre de séances complétées : plus le participant a tendance à rester en colère longtemps ou à réprimer sa colère et moins longtemps il sera en traitement.

L'étude de Chang et Saunders (2002) a, contrairement aux autres études citées, montré que les hommes se reconnaissant un trait de personnalité colérique à l'échelle de colère de Novaco (*Novaco Anger Scale*; NAS; Novaco, 1975) ont plus tendance à entamer (c.-à-d., compléter au moins une séance de traitement après l'évaluation initiale) un traitement en format de groupe pour violence conjugale que ceux qui se disent moins colériques. Ils ne trouvent pas de différence au NAS entre ceux qui entament le traitement et ceux qui le complètent. Leur échantillon était composé de 134 américains, majoritairement blancs, 75 % consultant sous ordonnance de la Cour. Chang et Saunders (2002) proposent que la reconnaissance d'un trait colérique puisse être associée à une recherche d'aide, comme le proposent aussi Cadsky et al. (1996).

Les cinq études citées ont toutes utilisé une mesure différente de la colère. Trois de ces études contenaient une mesure pour contrôler l'effet de la désirabilité sociale (Chang & Saunders, 2002; Eckhardt et al., 2008; Sartin, 2004). Cependant, seule l'étude de Chang et Saunders (2002) proposent un devis permettant de comparer un abandon précoce (après l'évaluation, avant le début du traitement) d'un abandon au milieu du traitement en format de groupe. Selon ces résultats, il apparaît pertinent de tenir compte de la différence entre ces deux types d'abandon. En raison des résultats contradictoires relevés dans leur méta-analyse, Jewell et Wormith (2010) concluent que la colère ne s'avère pas un prédicteur stable de l'abandon.

La consommation hebdomadaire d'alcool. La consommation d'alcool a souvent été étudiée pour prédire l'abandon d'un traitement en format de groupe pour violence conjugale. Parmi les 20 études sur le sujet recensées par Jewell et Wormith (2010), seulement six ont montré un lien entre ces deux variables. Plus précisément, c'est l'abus d'alcool qui serait associé à l'abandon d'un traitement en format de groupe pour violence conjugale. L'abus d'alcool est mesuré comme la quantité maximale d'alcool consommé dans une semaine (Cadsky et al., 1996), ou encore à l'aide d'une échelle spécifique à l'abus d'alcool (p. ex., Daly et al., 2001; Rooney & Hanson, 2001). Cependant, il semble que la consommation hebdomadaire d'alcool, opérationnalisée comme le nombre de consommations alcoolisées par semaine, ne soit pas associée à l'abandon du traitement (p. ex., Chang & Saunders, 2002).

L'attachement adulte. L'attachement adulte est une variable intrapersonnelle qui repose sur la théorie de l'attachement développée par Bowlby (1969, 1976, 1980). Celui-ci postule que l'enfant vient au monde avec un système inné d'attachement aux figures qui en prennent soin, les figures d'attachement. Ainsi, l'enfant recherche naturellement la proximité avec les figures d'attachement afin de combler ses besoins de base et d'assurer sa survie. Lorsque les besoins de sécurité à l'enfance n'ont pas été bien comblés par la figure d'attachement, la personne développe une insécurité d'attachement qui peut perdurer tout au long de la vie. À l'âge adulte, le partenaire amoureux devient la figure d'attachement principale et l'attachement adulte permet de rendre compte du comportement amoureux adulte en lien avec l'histoire développementale affective de la

personne (Fraley & Shaver, 2000; Hazan & Shaver, 1987). Lorsque le sentiment de sécurité d'un individu adulte est menacé, le système comportemental d'attachement est activé (Mikulincer & Shaver, 2007) afin de trouver du réconfort auprès du partenaire amoureux. Toutefois, l'insécurité d'attachement est susceptible d'interférer avec le fonctionnement du système d'attachement. Cette dernière peut se manifester de deux manières, à l'âge adulte : l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité.

L'anxiété d'abandon se définit comme une peur excessive d'être abandonné, basée sur la croyance de ne pas avoir de valeur aux yeux des autres. Elle se manifeste par des comportements obsessifs et de l'hypervigilance, un désir de réciprocité et de fusion, une plus grande labilité émotionnelle et la jalousie. Pour sa part, l'évitement de l'intimité se définit comme une peur de la proximité émotionnelle, la méfiance et un inconfort face à l'intimité, basés sur la croyance que les autres ne sont pas dignes de confiance. Cet évitement se manifeste par un fort désir d'autonomie et par une tendance à nier ou minimiser ses besoins et sentiments de vulnérabilité (Mikulincer & Shaver, 2007).

Les deux formes de l'insécurité d'attachement adulte sont des facteurs qui ont été mis en lien avec l'émission de violence conjugale à maintes reprises auprès d'étudiants (p. ex., Bookwala & Zdaniuk, 1998; Follingstad, Bradley, Helff, & Laughlin, 2002; Gormley & Lopez, 2010), d'adultes de la communauté (p. ex., Lafontaine & Lussier, 2005) et d'hommes qui consultent en milieu clinique pour la violence conjugale (Brassard, Darveau, Péloquin, Lussier, & Shaver, 2014; Fournier, Brassard, & Shaver 2011).

Dans leur étude auprès de 85 étudiants américains (31 % d'hommes), Bookwala et Zdaniuk (1998) ont trouvé que ceux qui présentent un attachement marqué par une forte anxiété d'abandon ou un fort évitement de l'intimité ont davantage tendance à être engagés dans une relation où l'on retrouve de la violence conjugale bidirectionnelle. Des résultats similaires sont trouvés par Follingstad et al. (2002) et par Gormley et Lopez (2010), eux aussi auprès d'étudiants.

Lafontaine et Lussier (2005) ont étudié le lien entre les insécurités d'attachement et l'émission de violence conjugale. Leurs résultats recueillis auprès de 316 couples d'origine canadienne montrent que l'évitement de l'intimité, chez les hommes, est associée à une plus grande émission de violence psychologique. Par ailleurs, Lafontaine et Lussier (2005) trouvent que chez les participants qui présentent un trait de personnalité colérique, l'anxiété d'abandon est associée à une plus faible émission de gestes de violence physique.

Plus récemment, les études de Brassard et ses collègues (Brassard et al., 2014; Fournier et al., 2011) ont montré des liens entre l'émission de violence et les différentes formes d'insécurité d'attachement auprès d'une population d'hommes qui consultent en milieu clinique pour la violence conjugale. L'étude de Fournier et ses collègues (2011) a été réalisée auprès d'un échantillon de 55 hommes en traitement pour difficultés de couple, incluant de la violence conjugale. Selon ces auteurs, les hommes consultant pour violence

conjugale et qui présentent de l'anxiété d'abandon auraient davantage tendance à poser des gestes de violence, tant psychologique que physique. De même, les hommes qui présentent des degrés élevés d'évitement de l'intimité poseraient davantage de gestes de violence psychologique, mais pas de violence physique. Des liens similaires sont trouvés auprès de 302 hommes de la population clinique par Brassard et ses collègues (2014), ce qui souligne que les insécurités d'attachement seraient associées à une fréquence plus élevée d'émission de gestes violents. Des gestes plus fréquents constitueraient un indice de la sévérité de la violence émise, susceptible de contribuer à la durée du traitement.

Par ailleurs, l'étude de Buck, Leenaars, Emmelkamp et van Marle (2012) auprès de 72 hommes en suivi par obligation légale pour violence conjugale montre que le lien entre l'insécurité d'attachement et l'émission de violence conjugale serait partiellement médié par l'anxiété de séparation, un trouble de l'axe I (American Psychiatric Association [APA], 2000), de même que par la méfiance vis-à-vis la partenaire. Buck et ses collègues (2012) suggèrent que leurs résultats appuient la typologie de Holtzworth-Munroe et Stuart (1994). Enfin, l'étude de Dutton, Saunders, Starzomski et Bartholomew (1994) a trouvé que 80 % des 120 participants en suivi pour violence conjugale de leur étude présentaient au moins une des deux formes d'insécurité d'attachement (attachement préoccupé, craintif ou détaché; Bartholomew & Horowitz, 1991). Ces liens entre les différentes formes d'insécurité d'attachement et l'émission de violence conjugale suggèrent qu'il est pertinent de tenir compte de ces variables dans une étude sur l'abandon d'un traitement pour violence conjugale.

Une autre raison qui soutient l'importance d'étudier l'insécurité d'attachement en lien avec la cessation d'un suivi pour violence conjugale est le fait que certains enjeux d'attachement peuvent être activés en contexte thérapeutique (p. ex., recherche de proximité avec l'autre, recherche de réassurance lorsque le sentiment de sécurité est menacé, anxiété de séparation devant la perspective de perdre le thérapeute; Mallinckrodt, 2010). De plus, selon une étude récente (Taylor, Rietzschel, Danquah, & Berry, 2015), la capacité de développer un attachement sécurisé avec le thérapeute est associé tant au développement d'une meilleure alliance de travail qu'à une plus grande efficacité thérapeutique, dans une thérapie individuelle. L'insécurité d'attachement apparaît donc comme une variable pertinente lors de l'étude des déterminants de l'abandon d'un suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale.

L'insécurité d'attachement a très peu été étudiée comme déterminant de l'abandon d'un traitement thérapeutique. Une des rares exceptions est l'étude de Fowler, Groat et Ulanday (2013). Ces chercheurs ont étudié la complétion d'un traitement psychiatrique, individuel et en groupe, d'une durée de 42 jours, composé entre autres de psychoéducation sur la prise de médication, d'enseignement d'habiletés individuelles et familiales, ainsi qu'une participation à un programme de désintoxication, par 187 patients qui présentent un problème d'abus de substances. Les résultats montrent que les participants qui démontrent un style d'attachement préoccupé (c.-à-d., anxiété d'abandon élevée et évitement de l'intimité faible) sont plus susceptibles de compléter leur traitement. Ils

ajoutent que le style d'attachement des participants permet significativement de prédire l'abandon thérapeutique, même en contrôlant pour divers troubles de l'axe I et II (APA, 2000), ce qui appuie également la pertinence d'étudier le lien entre la cessation d'un traitement et l'insécurité d'attachement.

Pour les études portant sur l'abandon d'un suivi pour violence conjugale, l'insécurité d'attachement n'est presque jamais étudiée. La méta-analyse de Jewell et Wormith (2010) n'en fait aucune mention. Selon les études recensées, Medoff (2006) semble être le seul à s'être attardé à cette question. Son échantillon, comparable à ceux des autres études portant sur les facteurs permettant de prédire l'abandon d'un traitement de groupe pour violence conjugale, était composé de 85 hommes, majoritairement caucasiens (77,6 %) et en traitement sous ordonnance de la Cour (91,8 %). Le programme lui-même est d'une durée de 24 à 36 séances de 90 minutes, en format de groupe. L'auteur définit l'abandon comme le fait de manquer trois séances consécutives au cours des 12 semaines de cueillette de données. Medoff (2006) a trouvé que les hommes qui présentent un attachement sécurisant (donc anxiété et évitement faibles) sont plus susceptibles d'abandonner leur traitement en format de groupe pour violence conjugale. En s'appuyant sur cette étude, il semble possible de postuler que les deux formes d'insécurité d'attachement seraient probablement liées à une cessation plus tardive du suivi, et ce, même dans le contexte d'un suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale.

Limites des connaissances actuelles et pertinence de la présente étude

À ce jour, une quarantaine d'études ont porté sur les déterminants de l'abandon et de la poursuite d'un traitement thérapeutique pour contrer la violence conjugale. Parmi celles-ci, aucune ne semble avoir porté sur un traitement en format individuel de type ouvert. Il est d'une part important de connaître les facteurs qui permettent de comprendre et de prédire l'abandon d'un suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale, afin de cibler les clients les plus susceptibles de cesser leur suivi avant d'avoir pu bénéficier de l'aide qui leur est offerte dans ces suivis. Or, comme aucune étude sur les facteurs d'abandon d'un suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale n'a été menée, il est impossible d'assumer d'emblée que les facteurs identifiés pour les traitements en format de groupe de type fermé sont les mêmes que pour les suivis individuels de type ouvert.

De plus, l'abandon du traitement dans les études est presque toujours opérationnalisé en variable dichotomique (p. ex., Mathieu, Bélanger, & Brisebois, 2006), ce qui entraîne une perte d'information (Kazdin & Mazurick, 1994) et pose le problème du point de coupure arbitraire de l'abandon. Certaines études (p. ex., Taft et al., 2001) ont montré la pertinence d'étudier les liens entre le nombre de séances complétées et les différents facteurs, plutôt que de se limiter à une variable dichotomique. En outre, Rooney et Hanson (2001) ont étudié l'abandon d'un suivi en groupe fermé pour violence conjugale en incluant une analyse de survie comme méthode statistique. Cet outil d'analyse offre l'avantage de déterminer de manière statistique des moments où la cessation du suivi est

la plus probable et de tester si les participants qui ont cessé leur traitement à ces moments de cessation présentent des différences sur les facteurs étudiés.

Selon la présente recension des écrits, seules sept études sur les facteurs liés à l'abandon d'un traitement pour violence conjugale auraient ajouté une mesure afin de contrôler le biais de désirabilité sociale (Bowen & Gilchrist, 2006; Buttell et al., 2002; Buttell et al., 2008; Chang & Saunders, 2002; Hamberger et al., 2000; Rondeau et al., 2001; Sartin, 2004). Or, il semble que les hommes auteurs de violence conjugale aient tendance à faire preuve de désirabilité sociale lorsqu'ils répondent à des questionnaires auto-rapportés (p. ex., Freeman, Schumacher, & Coffey, 2015; Sugarman & Hotaling, 1997). Il apparaît donc pertinent, dans le contexte où les données sur les participants sont recueillies à l'aide de questionnaires auto-rapportés, d'ajouter une mesure de désirabilité sociale afin de contrôler ce biais.

Selon la présente recension des écrits, seules cinq études canadiennes, dont deux études québécoises, se seraient penchées sur les facteurs qui permettent de prédire l'abandon d'un traitement en format de groupe pour violence conjugale (Cadsky et al., 1996; Mathieu et al., 2006; Rondeau et al., 2001; Rooney & Hanson, 2001; Scott, 2004). La vaste majorité des autres études provient d'échantillons américains. Or, il est possible que les participants canadiens ou québécois présentent des caractéristiques différentes de celles des participants provenant des États-Unis. Notamment, l'étude canadienne de Cadsky et al. (1996) montre que le fait de participer sous injonction de la Cour est associé

à un plus haut taux d'abandon, un résultat contraire à ce qui est trouvé avec les échantillons américains. Il est donc pertinent de conduire une étude sur les facteurs liés aux moments de cessation du suivi avec un échantillon québécois.

Les différentes études sur l'abandon d'un traitement pour violence conjugale qui ont été recensées par Jewell et Wormith (2010) présentent des tailles d'échantillon qui varient entre 34 (Faulkner et al., 1991) et 3460 (Rothman et al. 2007). La taille moyenne des échantillons est de 371 participants. Cette taille semble être un bon compromis entre un trop petit échantillon où il y a perte de puissance statistique et un trop grand échantillon qui augmente le risque de trouver des effets potentiellement peu signifiants, bien que significatifs sur le plan statistique.

Enfin, une limite importante aux différentes études recensées est que celles-ci utilisent des instruments de mesure différents pour mesurer les mêmes variables. Par exemple, le lien entre la colère et l'abandon d'un traitement est étudié par différents groupes de chercheurs, tous utilisant un instrument différent pour évaluer la colère (p. ex., Chang & Saunders, 2002; Eckhardt et al., 2008; Sartin, 2004). Ces différences limitent la comparaison des études entre elles et peuvent en partie expliquer les résultats contradictoires. Pour cette étude, les instruments retenus seront ceux qui présentent les meilleures qualités au plan psychométrique (fidélité et validité).

Objectifs de l'étude

Globalement, cette étude vise à étudier s'il existe des facteurs qui, s'ils sont mesurés avant le début du suivi, permettent de prédire le moment de cessation d'un suivi individuel de type ouvert (c.-à-d., à objectifs et durée indéterminés) par des hommes adultes qui consultent pour un problème de violence conjugale. Plus spécifiquement, cette étude vise à 1) identifier s'il existe des moments-clés où il est plus probable que des hommes adultes qui entreprennent un suivi individuel de type ouvert pour un problème de violence conjugale cessent leur suivi; et 2) identifier quels sont les facteurs associés aux moments-clés où il est plus probable que des hommes adultes qui sont dans un suivi individuel de type ouvert pour un problème de violence conjugale cessent leur suivi, en contrôlant pour la désirabilité sociale.

De manière à répondre au deuxième objectif, douze hypothèses de recherche ont été formulées, qui s'appuient sur les études portant sur les déterminants de l'abandon thérapeutique des suivis de groupe :

1. Les participants plus âgés complètent plus de séances avant de cesser leur suivi que les participants plus jeunes;
2. Les participants ayant atteint un plus haut niveau de scolarité complètent plus de séances avant de cesser leur suivi que les participants qui ont atteint un bas niveau de scolarité;
3. Les participants qui ont un revenu annuel brut plus élevé complètent plus de séances avant de cesser leur suivi que les participants qui ont un revenu annuel brut moindre;

4. Les participants qui ont une occupation stable (emploi ou étude *à temps plein*) au moment de l'étude complètent plus de séances avant de cesser leur suivi que les participants qui n'en ont pas;
5. Les participants qui habitent avec une partenaire (mariés ou conjoints de fait) au moment du suivi complètent plus de séances avant de cesser leur suivi que les participants qui n'habitent pas avec une partenaire (célibataires, veufs, divorcés ou en relation de fréquentation);
6. Les participants qui consultent sous ordonnance de la Cour ou de la DPJ complètent moins de séances avant de cesser leur suivi que les participants qui consultent de manière volontaire;
7. Les participants qui déclarent avoir commis davantage de violence psychologique envers leur partenaire au cours de la dernière année complètent plus de séances avant de cesser leur suivi que les participants qui déclarent en avoir commis moins;
8. Les participants qui déclarent avoir commis davantage de violence physique envers leur partenaire au cours de la dernière année complètent moins de séances avant de cesser leur suivi que les participants qui ne déclarent pas avoir commis d'acte de violence physique envers leur partenaire;
9. Les participants qui présentent un score plus élevé à une échelle de trait de personnalité colérique complètent moins de séances avant de cesser leur suivi que les participants qui présentent un plus faible score;

10. Les participants qui consomment plus d'alcool complètent moins de séances avant de cesser leur suivi que les participants qui consomment moins d'alcool;
11. Les participants qui présentent un score plus élevé d'évitement de l'intimité complètent plus de séances avant de cesser leur suivi que les participants qui présentent un plus faible score;
12. Les participants qui présentent un score plus élevé d'anxiété d'abandon complètent plus de séances avant de cesser leur suivi que les participants qui présentent un plus faible score.

Méthode

Cette section présente les participants de l'étude, le déroulement de la cueillette de données, les instruments de mesure et le plan de recherche. Plus précisément, les caractéristiques principales des participants sont présentées et la sélection des participants, les considérations éthiques, les différentes étapes de la cueillette de données ainsi que les caractéristiques du traitement et des intervenants sont décrites. Les qualités psychométriques des instruments de mesure sont ensuite présentées. Enfin, le plan de recherche est décrit, suivi de la stratégie d'analyse retenue pour vérifier les objectifs de recherche poursuivis.

Participants

Au moment de cette étude, 512 hommes qui consultent un organisme communautaire offrant de l'aide aux hommes qui présentent des difficultés de couple et aux personnes qui ont un problème de violence avec leur entourage avaient déjà accepté de participer à l'étude plus vaste dans laquelle s'inscrit la présente étude. Pour être recrutés dans l'étude initiale, les participants devaient être âgés d'au moins 18 ans et avoir une connaissance suffisante du français pour compléter les questionnaires. Parmi ces 512 hommes, 303 participants déclaraient consulter pour un problème de violence conjugale et constituait l'échantillon initiale de cette étude. Un certain nombre de participants ($n = 97$) ont cependant dû être exclus de l'étude, puisque ces derniers n'ont pas répondu à tous les

questionnaires de l'étude, incluant les caractéristiques sociodémographiques (p. ex., revenu, niveau de scolarité). Des analyses de comparaison préliminaires (test *t*, chi-carré) ont permis de s'assurer que les participants retirés de l'étude ne différaient pas significativement des participants qui ont été conservés dans cette étude. Les deux groupes de participants ne diffèrent pas au niveau de l'âge, de l'occupation, de la scolarité, du revenu annuel brut, de l'état civil, de la consommation hebdomadaire d'alcool et de drogue, du fait de consulter sous ordre de la Cour/DPJ ou non, du trait de personnalité colérique, de la violence psychologique et physique émise, de l'évitement de l'intimité et de l'anxiété d'abandon ($ps > 0,050$).

L'échantillon final est composé de 206 adultes de sexe masculin. Ils avaient tous consulté, entre juin 2007 et juillet 2012, un centre communautaire ayant comme mandat d'offrir un service d'aide thérapeutique aux hommes en difficultés de couple et aux personnes qui ont un problème de violence avec leur entourage. La plupart des participants étaient des Canadiens francophones (93,2 %), alors qu'une minorité était des Canadiens anglophones (1,5 %) et 5,3 % étaient d'une autre origine (p. ex., belge, maghrébine, colombienne). Par ailleurs, tous ont rapporté savoir suffisamment lire et comprendre le français écrit pour être en mesure de comprendre et répondre aux questionnaires. La moyenne d'âge était de 35,05 ans ($ÉT = 10,77$), se distribuant entre 18 et 69 ans. Parmi les participants, 26,2 % n'avaient pas d'emploi, dont 2,4 % étant retraités, tandis que 64,1 % occupaient un emploi, soit à temps plein (50,5 %), à temps partiel (6,8 %) ou saisonnier (6,8 %). Enfin, 7,3 % des participants étaient étudiants à temps plein. De plus,

10,7 % avaient complété des études universitaires, 12,6 % avaient complété des études collégiales, 61,2 % avaient complété des études secondaires et 15,5 % avaient complété des études primaires. Le revenu annuel se situait entre 0 et 100 000 \$, avec une moyenne de 23 278 \$ ($\acute{E}T = 17\,252$).

Parmi les répondants, 21,8 % étaient célibataires au moment de la collecte de données, 16,5 % étaient en relation de fréquentation, 37,4 % cohabitaient avec leur partenaire, 16,0 % étaient mariés et 8,3 % étaient séparés ou divorcés. Parmi les participants célibataires, tous ont indiqué avoir été en couple dans la dernière année. Les participants avaient vécu en moyenne 2,63 relations amoureuses d'au moins 6 mois ($\acute{E}T = 1,65$) au cours de leur vie et la durée moyenne de leur relation amoureuse actuelle était de 7,78 ans ($\acute{E}T = 8,93$), allant de quelques mois à 47 ans. Les participants avaient en moyenne 1,47 enfant ($\acute{E}T = 1,30$) et une moyenne de près d'un enfant ($M = 0,98$; $\acute{E}T = 1,24$) habitait avec eux au moment de l'étude.

Les principaux motifs de consultation des participants étaient la présence de violence conjugale (42,2 %), la gestion de la colère (16,5 %), l'impulsivité (8,3 %) et la jalousie (3,4 %). Parmi les participants, 61,3 % disaient avoir déjà consulté un professionnel de la santé mentale auparavant et 27,3 % mentionnaient qu'ils prenaient de la médication sur une base régulière pour un problème de santé mentale. Principalement, il s'agissait d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, de somnifères et d'antipsychotiques pour traiter des problématiques telles que la dépression, l'instabilité de l'humeur, l'anxiété, l'impulsivité,

les difficultés de concentration et l'insomnie. La consommation hebdomadaire d'alcool rapportée par les participants était en moyenne de 5,52 consommations ($ET = 11,17$), se distribuant entre 0 et 120. Des 206 participants retenus, 46 (22,3 %) ont affirmé consommer de la drogue au moins une fois par semaine. Tandis que 19,4 % des participants rapportaient avoir choisi de consulter par eux-mêmes, 18,9 % disaient avoir été référé par un ami ou un membre de leur famille et 35,4 % par un autre professionnel. Par ailleurs, 8,7 % auraient reçu une recommandation par un Centre Jeunesse, 6,3 % par une autre ressource et 11,2 % auraient reçu un ordre de la Cour. Parmi les répondants, 26,0 % auraient reçu une interdiction de contact avec leur famille ou leur conjointe par la Cour ($n = 53$) et 19 personnes sur 51 ont rapporté avoir déjà brisé cette interdiction (37,3 %).

Déroulement

Approbation éthique

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke (CER-LSH). La cueillette initiale des données a été réalisée dans le cadre d'un projet de recherche plus vaste approuvé par le CER-LSH en 2007. En effet, un consentement de participer à cette étude a été obtenu auprès de tous les participants. La confidentialité des données a été assurée en conservant les copies papier des questionnaires remplis dans un classeur fermé à clé, lui-même situé dans un bureau fermé à clé. Une version numérique des données étaient gardée de manière sécuritaire sur une clé USB protégée par un mot de passe et entreposée dans un local barré

à clé. Les participants étaient tous identifiés par un code numérique afin de favoriser la confidentialité des données. Les participants étaient informés que leurs données pourraient être utilisées pour la rédaction et la publication d'articles scientifiques.

Un amendement au projet de recherche de 2007 a été approuvé par la direction du CER-LSH en 2012, afin d'obtenir le nombre de séances complétées par chaque participant à l'étude. En effet, cet amendement a été nécessaire pour justifier l'utilisation d'une information (le nombre de séances) que les participants n'avaient pas consenti à donner initialement. Tel qu'approuvé par le comité d'éthique, il a été jugé moins dommageable d'utiliser cette information que de tenter d'entrer en contact avec les participants et d'obtenir leur consentement *a posteriori*. Ainsi, l'administration du centre communautaire a accepté de fournir le nombre de séances complétées par chacun des 206 participants retenus dans le projet de recherche.

Cueillette de données

La cueillette de données a principalement été effectuée à l'aide de questionnaires auto-rapportés. Les participants qui consultaient l'organisme pour la première fois étaient invités à répondre à une batterie de questionnaires, pour une durée moyenne de 45 minutes. Avant de compléter cette batterie de questionnaires, les participants ont lu et signé le formulaire de consentement (voir Appendice A). À l'aide de ce dernier, ils ont été informés des risques et inconvénients encourus, comme la fatigue et le temps associés à la complétion des questionnaires, la possibilité de ressentir un malaise à la lecture des

énoncés et lors de la divulgation d'informations sensibles, tel que le vécu de violence dans l'enfance ou l'adolescence. Les avantages envisageables leur étaient également explicités, tels que leur contribution à l'avancement de la recherche et des connaissances cliniques pour l'intervention auprès des hommes en difficulté. Aussi, ils étaient mis au courant qu'ils offraient une opportunité à leur intervenant de faire une évaluation plus complète de leur dynamique et de leur problématique, ce qui pouvait augmenter ainsi leurs chances d'être mieux compris, d'en apprendre sur eux et de faciliter leur processus thérapeutique. En effet, un rapport informatisé de leurs résultats compilés était systématiquement remis à leur intervenant dans les semaines qui suivaient la complétion de leurs questionnaires. En outre, les participants savaient qu'ils pouvaient être informés s'ils le souhaitaient, des résultats de l'étude en communiquant avec la chercheuse responsable. Les clients demeuraient libres de signer le formulaire de consentement s'ils désiraient faire partie du projet.

Les participants remplissaient seuls les questionnaires par écrit, sachant qu'ils pouvaient se retirer de l'étude en tout temps, sans aucun préjudice ni impact quant aux soins reçus. Après les avoir complétés, ils débutaient leur première rencontre thérapeutique. Au terme de la première rencontre, l'intervenant inscrivait précisément le ou les motifs de consultation du client participant, lequel s'ajoutait aux autres questions qui portaient sur le motif de consultation dans le questionnaire sociodémographique.

Le nombre de séances complétées par chaque participant a été obtenu en juillet 2012. La secrétaire de l'organisme communautaire où les données ont été recueillies a fourni le nombre de séances complétées par chacun des participants de la recherche, en n'identifiant le participant que par son code, afin de respecter la confidentialité des données lors de l'échange. Elle a aussi indiqué si le participant était toujours en suivi, en juillet 2012, afin de permettre d'en tenir compte dans la stratégie d'analyse.

Caractéristiques du suivi et des intervenants

Les participants de cette étude étaient rencontrés pour entamer leur suivi thérapeutique au cours de la même séance lors de laquelle ils avaient répondu aux questionnaires de l'étude. Ce suivi était offert au sein d'un organisme communautaire spécialisé dans le traitement de la violence conjugale. Ce suivi était orienté autour du principe selon lequel la violence est un comportement inacceptable et appris. Les intervenants visaient donc à amener les clients à éliminer la violence de leur comportement. Pour ce faire, des cibles communes étaient élaborées lors des premières rencontres. Ces cibles s'articulaient principalement autour de la diminution des gestes de violence, tant physique que psychologique, de la gestion de la colère, de l'apprentissage de stratégies de communication et de gestion de conflits, ainsi que, pour certains participants, du développement de nouvelles habiletés parentales.

Les différents intervenants qui assuraient le suivi des participants de cette étude étaient tous spécialisés en relation d'aide et représentaient différentes professions :

psychologie, travail social, sexologie. Les six intervenants qui ont pris part à cette étude avaient tous complété ou étaient en voie de compléter un diplôme de 2^e ou 3^e cycle dans ces professions.

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique

D'abord, les participants ont répondu à un questionnaire sociodémographique qui portait entre autres sur leur sexe, leur âge, leur occupation, leur statut conjugal et familial, leur dernier niveau de scolarité complété ainsi que sur leurs antécédents et motif de consultation. Une question à double volet portait sur la consommation hebdomadaire d'alcool et de drogues (pot, speed, ecstasy, cocaïne, etc.). Une question à choix multiples portait sur la source de référence, permettant au participant de préciser s'il consultait de façon volontaire (par soi-même, par un ami ou membre de la famille ou par un autre professionnel ou par ordonnance de la Cour ou de la DPJ; voir Appendice A).

Il convient de répéter que la présente étude s'inscrivait dans une recherche plus large sur les déterminants de la violence conjugale. La batterie complète comprenait neuf questionnaires auto-rapportés (voir Appendice A), dont les cinq retenus pour la présente étude.

Désirabilité sociale

L'inventaire de désirabilité sociale (Frenette, Valois, Lussier, Sabourin, & Villeneuve, 2000) est une version traduite et abrégée du *Balanced Inventory of Desirable Responding* (BIDR; Paulhus, 1991). Cet outil comprend 18 items d'échelle Likert compris entre 1 (Totalement faux) et 7 (Totalement vrai) mesurant la tendance du participant à répondre de manière socialement acceptable selon deux dimensions : la tendance à se mentir à soi-même (autoduperie) et la tendance à tenter de se présenter aux autres sous un jour favorable (hétéroduperie). Seule l'échelle d'hétéroduperie a été conservée. Cette échelle est composée de huit items (p. ex., « Je déclare toujours tout aux douanes »). Le score d'hétéroduperie est obtenu en calculant la moyenne des items. Les items 11, 14 et 17 ont été préalablement inversés. Un score élevé correspond à une présence élevée d'hétéroduperie.

L'étude de validation de Frenette et al. (2000) a permis de vérifier la validité de construit de cette échelle en s'appuyant sur des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires. En termes de fidélité, Frenette et al. (2000) obtiennent des coefficients alpha de Cronbach de 0,86, ce qui indique une bonne cohérence interne. Pour la présente étude, le coefficient alpha calculé au sein de l'échantillon atteint 0,69, ce qui est jugé suffisant.

Violence conjugale

Le questionnaire sur la résolution des conflits conjugaux (Lussier, 1997) est la traduction française de l'échelle révisée des stratégies de résolution de conflits (*Revised*

Conflict Tactics Scale; CTS2; Straus et al., 1996). Cet instrument mesure 39 comportements qui peuvent être adoptés lors de conflits avec la conjointe du participant. Les 39 items doubles de cette échelle mesurent les gestes de violence physique, psychologique et sexuelle ainsi que des comportements de négociation (échelle positive). Pour chaque item, le participant est invité à indiquer à quelle fréquence un comportement a été posé par lui-même (39 items impairs) et à quelle fréquence il a « subi » ce comportement (39 items pairs) dans la dernière année. À chaque item, le participant doit préciser s'il a posé ou subi le comportement (1) 1 fois au cours de la dernière année, (2) 2 fois au cours de la dernière année, (3) 3 à 5 fois au cours de la dernière année, (4) 6 à 10 fois au cours de la dernière année, (5) 11 à 20 fois au cours de la dernière année, (6) plus de 20 fois au cours de la dernière année, (7) pas au cours de la dernière année, mais c'est arrivé auparavant, ou (0) ceci n'est jamais arrivé. Afin de calculer le nombre de comportements de chaque forme émis dans la dernière année, la somme des points milieux de chacun des items qui la composent est calculée. Pour les choix de réponse 3 à 5, le point milieu de l'éventail est retenu : par exemple, pour le choix de réponse 4, le point milieu de l'éventail 6 à 10 est 8. Pour ceux qui choisissent (6) plus de 20 fois, les auteurs ont proposé un point milieu de 25. Pour le choix 7 il est proposé d'attribuer la valeur 0 (Straus et al., 1996), puisqu'aucun geste n'est rapporté dans la dernière année.

Cinq échelles de violence conjugale émise peuvent être calculées à l'aide du CTS2 : (1) la *violence physique*, comprenant des items tels que « J'ai lancé un objet à ma partenaire qui pouvait la blesser » et « J'ai donné un coup de pied à ma partenaire »; (2)

la *violence psychologique*, avec des items tels que « J'ai insulté ma partenaire ou je me suis adressé à elle en sacrant » et « J'ai menacé de frapper ou de lancer un objet à ma partenaire »; (3) la *violence physique sévère entraînant des blessures*, (4) la *violence sexuelle*, et (5) la *négociation*. Ces mêmes échelles de violence *subie* peuvent également être générées, mais elles n'ont pas été utilisées dans la présente étude. Plus précisément, seules les échelles évaluant la violence physique et psychologique émise par le répondant ont été utilisées dans le cadre de la présente étude.

L'étude réalisée par Straus et collègues (1996) auprès de 317 participants a permis de vérifier la validité du CTS2. La validité de construit a été établie en comparant les scores obtenus à certaines échelles avec les scores obtenus pour des échelles qui devraient être semblables. Par exemple, comme il est reconnu que les hommes commettent davantage d'actes de coercition pour obtenir des faveurs sexuelles, les corrélations entre les comportements de violence sexuelle et les comportements de violence physique et de violence psychologique chez les hommes devraient être plus élevées que chez les femmes. C'est ce qui est rapporté par Straus et collègues (1996). De même, la corrélation entre la violence physique et les blessures est plus importante chez les hommes que chez les femmes, conformément à ce qui est attendu. La forte corrélation entre la violence psychologique et la violence physique, tant chez les hommes que chez les femmes, est conforme à la théorie proposée par Straus et ses collègues (1996). Tel qu'attendu, l'échelle de négociation n'est pas corrélée à l'échelle de coercition sexuelle ni à l'échelle de blessures, ce qui appuie la validité discriminante. La cohérence interne de la version

anglophone (Straus et al., 1996) a été établie grâce à des coefficients alpha de Cronbach situés entre 0,79 et 0,95. Selon Lussier (1997), les coefficients alpha de Cronbach des échelles de violence de la version francophone oscillent entre 0,71 et 0,86, ce qui est adéquat. Pour la présente étude, seules les deux sous-échelles mesurant les gestes émis de violence physique et psychologique ont été retenues. La cohérence interne est très satisfaisante pour chacune d'elles, avec des coefficients de 0,84 et 0,81, respectivement.

L'expérience de la colère

L'inventaire de l'expérience de la colère dans le couple (ECC; Laughrea, Bélanger, & Wright, 1996) est la version française adaptée aux relations de couple du *State-Trait Anger Expression Inventory* (STAXI : Spielberger, 1988). Cet outil évalue cinq dimensions de la colère, soit le sentiment de colère au moment de la passation du questionnaire, la tendance à éprouver de la colère et trois modes de gestion de la colère au sein du couple (répression, contrôle, expression inadéquate).

La première section mesure le sentiment de colère vécu au moment de la passation. La deuxième section mesure en dix items sous une échelle Likert en quatre points allant de Presque jamais (1) à Presque toujours (4), la présence d'un trait de personnalité colérique (p. ex., « Je m'emporte facilement »; « J'ai un tempérament vif et colérique »). La dernière section mesure les trois modes de gestion de la colère : la répression de la colère, l'expression inadéquate de la colère et le contrôle de la colère. Seule l'échelle de trait de personnalité colérique est conservée. Le score à l'échelle de trait de personnalité

colérique est obtenu par la moyenne des items des 10 items de la deuxième section. Un résultat élevé suggère une forte présence d'un trait de personnalité colérique

L'étude de validation de cette version française adaptée aux situations sociales et conjugales (Laughrea et al., 1996) a permis de vérifier la validité de construit et la validité convergente de cet instrument. Des analyses factorielles soutiennent la structure en cinq dimensions de l'instrument. La validité convergente a été établie avec une mesure de détresse psychologique et avec une mesure de détresse conjugale, soit les versions canadiennes françaises du *Psychiatric Symptoms Index* (PSI; Ilfeld, 1976) et du *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976). Par exemple, des corrélations positives sont trouvées entre la sous-échelle d'hostilité du PSI et le score de trait de personnalité colérique ($r = 0,45$). De plus, les partenaires présentant un niveau de détresse conjugal élevé, en comparaison à des couples plus ajustés, présentent des scores plus élevés aux échelles de traits de personnalité colérique (Laughrea et al., 1996). Par rapport à la fidélité, le coefficient de cohérence interne (α) associé à l'échelle de trait de personnalité colérique est de 0,82 (Laughrea et al., 1996). Au sein du présent échantillon, le coefficient de cohérence interne du trait de personnalité colérique est bon ($\alpha = 0,89$).

Attachement

Les 20 meilleurs items ayant permis de développer la version française abrégée (Lafontaine et al., 2016) de l'*Experiences in Close Relationships scale* (ECR : Brennan, Clark, & Shaver, 1998) sont utilisés pour cette étude. Le Questionnaire sur les Expériences

Amoureuses (QEA) abrégé mesure les insécurités d'attachement (évitement et anxiété) à l'aide de 20 items sous une échelle Likert allant de Fortement en désaccord (1) à Fortement en accord (7). Dix items mesurent l'anxiété d'abandon (p. ex., « Je m'inquiète beaucoup à l'idée d'être abandonné »). Aucun item n'est inversé pour cette dimension. Les 10 autres items mesurent l'évitement de l'intimité (p. ex., « Je deviens nerveux lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi »). Pour cette sous-échelle, les items 9, 11, 15, 17, 18 et 20 sont inversés (p. ex., « Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec ma partenaire » est un item qui mesure l'inverse du construit d'évitement de l'intimité). Un score pour chacune des deux dimensions est obtenu par la moyenne des items associés à chacune d'elles. Pour chaque échelle, un résultat élevé suggère une forte présence de l'insécurité d'attachement en question.

La version abrégée de l'ECR a fait l'objet de cinq études de validation (Lafontaine et al., 2016). Une première étude a permis d'identifier les meilleurs items, alors que les quatre autres ont permis de vérifier la validité de construit, la validité convergente, la cohérence interne ainsi que la stabilité temporelle, notamment auprès de couples hétérosexuels de la population générale et clinique. Des analyses factorielles confirmatoires ont permis d'appuyer la validité de construit de ce questionnaire abrégé. La validité convergente a aussi été effectuée à l'aide du questionnaire PSI (Ilfeld, 1976), une mesure de symptômes de détresse psychologique clinique, et avec la version abrégée du DAS (DAS-4; Sabourin, Valois, & Lussier, 2005), une mesure de satisfaction conjugale. De façon générale, les participants qui présentent un score élevé à une des deux

échelles d'insécurité d'attachement obtiennent un score de satisfaction conjugale plus faible et un score plus élevé de détresse psychologique, ce qui appuie la validité convergente. Lafontaine et al. (2016) obtiennent des coefficients alpha de Cronbach variant entre 0,78 et 0,87 pour l'anxiété d'abandon et entre 0,75 et 0,83 pour l'évitement de l'intimité. Dans le présent échantillon, les alphas sont de 0,89 pour l'anxiété et 0,83 pour l'évitement. Cette version abrégée du QEA possèdent donc d'excellents qualités psychométriques.

Plan de recherche

La présente étude s'inscrit dans un plan de recherche de type corrélationnel prospectif. En effet, les données recueillies au début du suivi de chacun des participants sont mises en lien avec le nombre de séances auxquelles il participe pour tenter d'établir un lien entre ces variables. Il est à noter que le nombre de séances complétées est établi à la fin du suivi ou au moment où l'étude se termine, en choisissant le premier à arriver. En outre, aucune des variables n'est manipulée dans cette étude, ce qui correspond à une recherche corrélationnelle. Enfin, c'est une recherche de type multivarié, étant donné qu'elle évalue deux variables qui peuvent être considérées comme dépendantes, soient le nombre de séances complétées et le fait d'être encore en suivi ou non ainsi que plusieurs variables pouvant être considérées comme des prédicteurs. Ce type de recherche demande à ce qu'une méthode statistique particulière soit employée, soit l'analyse de régression de survie de Cox.

Stratégie d'analyse

Une analyse de régression de survie de Cox permet de déterminer différents moments-clés où la perte de participants (ici, la cessation de suivi) est la plus probable et de déterminer les facteurs qui sont associés à ces moments. Cette analyse permet donc de répondre aux deux objectifs formulés pour cette étude.

L'analyse de régression de survie de Cox évalue pour chaque intervalle (ici, le nombre de séances), qui a poursuivi et qui a cessé son suivi. Ainsi, un tableau appelé table de survie peut être dressé en illustrant les participant qui étaient encore en suivi au début de l'intervalle (séance n), les participants qui sont encore en suivi à la fin de l'intervalle (séance $n+1$), le taux d'abandon, ainsi que le risque que le client soit encore en suivi, à chaque séance. Cette première étape de l'analyse de survie permet de déterminer différents moments où il est plus probable qu'il y ait un abandon.

L'analyse de régression de Cox évalue ensuite quelles covariables, discrètes ou continues, sont liées aux moments où il y a un plus grand risque de cessation du suivi et représente leur « puissance prédictive » par un coefficient B et une valeur χ^2 de Wald. Les covariables associées à un χ^2 significatif seront considérées comme prédisant significativement le moment de cessation d'un suivi individuel pour hommes auteurs de violence conjugale.

Les postulats impliqués pour la régression linéaire multiple (taille minimale d'échantillon, normalité multivariée, linéarité, homoscedasticité, absence de multicollinéarité et de valeur extrême) s'appliquent lors d'une régression de Cox. Selon Tabachnick et Fidell (2007), les postulats d'homoscédasticité, de normalité mutivariée et de linéarité ne sont pas nécessaires, mais ils permettent d'obtenir une plus grande puissance. Un postulat s'ajoute à ces derniers : l'effet que les covariables ont sur la poursuite du suivi doit être le même tout au long de l'étude.

Résultats

Cette section présente d'abord les analyses préliminaires permettant de décrire l'échantillon sur l'ensemble des variables et de vérifier les conditions d'application des analyses de la thèse. Puis, les résultats des analyses principales visant à répondre aux objectifs de la recherche sont présentés.

Analyses statistiques préliminaires

Le Tableau 1 présente les statistiques descriptives de l'ensemble des variables quantitatives à l'étude. Le nombre de rencontres complétées variait entre 1 et 38 séances. La majorité des variables à l'étude présentait une distribution s'approchant de la normalité, en s'appuyant sur un seuil libéral de $\pm 1,00$ pour les indices d'asymétrie et d'aplatissement. En effet, les variables pour lesquelles la valeur de ces deux indices est contenue dans l'intervalle de -1,00 à 1,00 sont considérées comme présentant une distribution normale. Cependant, le nombre de séances complétées, le revenu annuel brut, le nombre d'actes de violence psychologique émis et la consommation hebdomadaire d'alcool présentaient une distribution qui s'éloigne de la normalité (asymétrie positive et courbe leptokurtique).

Tableau 1

Statistiques descriptives des variables quantitatives retenues pour l'étude

Variables	Moyenne	Écart-type	Asymétrie (erreur-type)	Aplatissement (erreur-type)
Nombre de rencontres complétées	7,83	6,92	1,61 (0,14)	2,99 (0,28)
Age	35,05	10,77	0,81 (0,14)	0,50 (0,28)
Revenu annuel brut (\$)	23 588,42	17 599,44	1,04 (0,14)	1,30 (0,28)
Consommation hebdomadaire d'alcool	5,52	11,17	6,09 (0,14)	54,93 (0,28)
Hétéroduperie	4,11	1,18	-0,12 (0,14)	-0,06 (0,28)
Actes de violence psychologique émis	39,75	36,53	1,43 (0,14)	1,66 (0,28)
Trait de personnalité colérique	2,24	0,67	0,15 (0,14)	-0,61 (0,28)
Évitement de l'intimité	2,68	1,01	0,57 (0,14)	-0,13 (0,28)
Anxiété d'abandon	4,18	1,35	-0,04 (0,14)	-0,74 (0,28)

Afin de pouvoir effectuer des analyses paramétriques sur ces variables, des transformations non-linéaires ont été effectuées sur les variables nombre de séances complétées, revenu annuel brut et violence psychologique émise (transformation par la racine carrée), de même que sur la variable Consommation hebdomadaire d'alcool (transformation logarithmique). Les statistiques descriptives calculées sur les variables transformées sont présentées au Tableau 2. Ces quatre nouvelles variables présentent des indices d'asymétrie et d'aplatissement qui appuient leur normalité (valeur absolue est inférieure à 1,00).

Tableau 2

Statistiques descriptives des variables transformées

Variables transformées	Moyenne	Écart-type	Asymétrie (erreur-type)	Aplatissement (erreur-type)
Nombre de séances complétées ¹	2,55	1,15	0,68 (0,14)	-0,03 (0,28)
Revenu annuel brut ¹	141,30	60,34	-0,03 (0,14)	-0,23 (0,28)
Actes de violence psychologique émise ¹	5,80	2,68	0,65 (0,14)	-0,30 (0,28)
Consommation hebdomadaire d'alcool ²	0,50	0,50	0,59 (0,14)	-0,71 (0,28)

Note. ¹ Transformation par la racine carrée. ² Transformation logarithmique.

Le nombre de gestes de violence physique émise ne rencontrait pas le postulat de normalité, malgré les transformations non-linéaires appliquées. Afin d'inclure cette variable à l'étude, le choix retenu a été de dichotomiser cette variable entre les participants qui ont admis avoir commis au moins un geste de violence physique au cours de la dernière année et ceux qui n'en auraient pas commis.

Le Tableau 3 présente les statistiques descriptives (c.-à-d., fréquences absolues et relatives) des variables dichotomiques retenues dans la présente étude. Les résultats révèlent que plus du trois quart des participants n'ont pas complété d'études post-secondaires. Une majorité ont une occupation stable et sont actuellement mariés ou conjoints de fait. Environ un participant sur cinq (19,9 %) consulte sous ordonnance de la

Cour ou de la DPJ. Enfin, une majorité des participants ont admis avoir commis au moins un geste de violence physique envers leur partenaire au cours de l'année précédant le début de leur suivi.

Tableau 3

Statistiques descriptives des variables dichotomiques

Variable		Fréquence absolue (<i>n</i>)	Fréquence relative (%)
Études post-secondaires	Oui	48	23,3 %
	Non	158	76,7 %
Occupation stable	Oui	123	59,7 %
	Non	83	40,7 %
Mariés ou conjoints de fait	Oui	127	61,7 %
	Non	79	38,6 %
Référence de la Cour ou de la DPJ	Oui	41	19,9 %
	Non	165	80,1 %
Au moins un geste de violence physique	Oui	119	57,8 %
	Non	87	42,2 %

De manière à identifier les variables susceptibles de prédire la cessation du traitement, une première stratégie d'analyse retenue est d'effectuer des analyses de corrélation de Pearson entre le nombre de séances complétées par les participants et les huit différents facteurs à échelle d'intervalle à l'étude. Les postulats à respecter pour utiliser de façon valide le coefficient de corrélation (r) de Pearson sont la normalité des distributions des variables mises en relation, la linéarité de cette relation et l'absence de valeur extrême. L'ensemble de ces postulats est rencontré pour toutes les variables testées. Pour les variables dichotomiques, une application particulière de la corrélation de Pearson est retenue, soit coefficient de corrélation biserial de point. Le Tableau 4 présente les résultats des corrélations préliminaires effectuées sur les variables.

Tableau 4

Coefficients de corrélations entre le nombre de séances complétées et l'ensemble des facteurs à l'étude.

Variables	<i>r</i>	<i>p</i>
Hétéroduperie	0,09	0,200
Age	0,13	0,064
Études post-secondaires	-0,29	0,675
Revenu annuel brut	0,07	0,305
Occupation stable	0,05	0,498
Mariés ou conjoints de fait	0,02	0,759
Référence de la Cour ou de la DPJ	-0,10	0,146
Violence psychologique émise	-0,09	0,180
Au moins un geste de violence physique	0,03	0,716
Trait de personnalité colérique	0,08	0,229
Consommation hebdomadaire d'alcool	-0,07	0,354
Évitement de l'intimité	0,13	0,062
Anxiété d'abandon	0,10	0,175

Les résultats des analyses corrélationnelles révèlent qu'aucune des variables retenues n'est reliée de façon significative avec le nombre de séances de thérapie, selon ce choix d'analyse ($ps > 0,05$). Ainsi, lorsqu'une approche linéaire est employée pour examiner les associations entre les facteurs de risque de cessation et le nombre de séances complétées, aucun facteur n'est identifié. Ces résultats appuient la pertinence d'adopter une stratégie différente, qui examine la cessation thérapeutique de façon autre que linéaire.

Analyses principales

Objectif 1 : Identification de moments-clés pour la cessation

Contrairement aux analyses de corrélation, l'analyse de survie offre un ensemble d'outils permettant une analyse plus fine des moments de cessation de suivi, afin d'étudier si des facteurs sont associés à ces divers moments de cessation. Cette première section porte sur l'identification de moments-clés où les participants choisissent de mettre un terme à leur suivi.

Le Tableau 5 présente la table de survie des participants de la présente étude, qui est produite par l'analyse de survie. Une table de survie permet de suivre les cessations du suivi, pour chaque intervalle (Tabachnick & Fidell, 2007). Dans la présente étude, les intervalles correspondent à chaque séance. Le Tableau 5 illustre pour les 30 séances (99,0% des participants ont mis fin à leur suivi entre la 1^{ère} et la 30^e séance) (1) le nombre de participants qui se sont présentés à la rencontre, (2) le nombre de cas censurés (c.-à-d., les participants qui ont complété le nombre de séances indiqué, mais qui n'ont pas encore cessé leur suivi, car ils étaient toujours en suivi au moment de l'étude; p. ex., un participant qui avait complété quatre séances est inclus dans l'analyse pour les séances 1 à 4 et est censuré à la 5^e séance; ce cas n'est pas considéré comme ayant cessé, mais n'est plus compté comme encore en suivi), (3) le nombre de participants qui auraient pu mettre fin à leur suivi (c.-à-d., le nombre de participants présents moins la moitié du nombre de cas censurés), (4) le nombre de participants qui ont effectivement mis fin à leur suivi, (5) la proportion de participants qui ont mis fin à leur suivi (cessation) et (5) la proportion de

ceux qui ont poursuivi leur suivi (survie). Par exemple, après la séance 1, 22 participants sur 206 (11 %) ont cessé leur suivi.

Tableau 5

Table de survie entre la première et la trentième séances

Nombre de séances	Nombre de participants présents	Nombre de cas censurés	Nombre de participants exposés au risque	Nombre de cessations	Proportion de cessation	Proportion de survie	Proportion cumulative de survie (erreur-type)	Densité événement (erreur-type)	Taux de défaillance (erreur-type)
0	206	0	206	0	0,00	1,00	1,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)
1	206	0	206	22	0,11	0,89	0,89 (0,02)	0,11 (0,02)	0,11 (0,02)
2	184	0	184	25	0,14	0,86	0,77 (0,03)	0,12 (0,02)	0,15 (0,03)
3	159	1	158,5	25	0,16	0,84	0,65 (0,03)	0,12 (0,02)	0,17 (0,03)
4	133	0	133	7	0,05	0,95	0,62 (0,03)	0,03 (0,01)	0,05 (0,02)
5	126	1	125,5	22	0,18	0,82	0,51 (0,03)	0,11 (0,02)	0,19 (0,04)
6	103	2	102	12	0,12	0,88	0,45 (0,03)	0,06 (0,02)	0,13 (0,04)
7	89	0	89	8	0,09	0,91	0,41 (0,03)	0,04 (0,01)	0,09 (0,03)
8	81	0	81	10	0,12	0,88	0,36 (0,03)	0,05 (0,02)	0,13 (0,04)
9	71	0	71	6	0,08	0,92	0,33 (0,03)	0,03 (0,01)	0,09 (0,04)
10	65	0	65	8	0,12	0,88	0,29 (0,03)	0,04 (0,01)	0,13 (0,05)
11	57	0	57	9	0,16	0,84	0,24 (0,03)	0,05 (0,02)	0,17 (0,06)
12	48	1	47,5	7	0,15	0,85	0,21 (0,03)	0,04 (0,01)	0,16 (0,06)
13	40	1	39,5	2	0,05	0,95	0,20 (0,03)	0,01 (0,01)	0,05 (0,04)
14	37	1	36,5	5	0,14	0,86	0,17 (0,03)	0,03 (0,01)	0,15 (0,07)
15	31	1	30,5	4	0,13	0,87	0,15 (0,03)	0,02 (0,01)	0,14 (0,07)
16	26	1	25,5	3	0,12	0,88	0,13 (0,02)	0,02 (0,01)	0,13 (0,07)
17	22	0	22	3	0,14	0,86	0,11 (0,02)	0,02 (0,01)	0,15 (0,08)
18	19	0	19	3	0,16	0,84	0,09 (0,02)	0,02 (0,01)	0,17 (0,10)
19	16	1	15,5	1	0,06	0,94	0,09 (0,02)	0,01 (0,01)	0,07 (0,07)

Tableau 5 (suite)

Table de survie entre la première et la trentième séances

Nombre de séances	Nombre de participants présents	Nombre de cas censurés	Nombre de participants exposés au risque	Nombre de cessations	Proportion de cessation	Proportion de survie	Proportion cumulative de survie (erreur-type)	Densité événement (erreur-type)	Taux de défaillance (erreur-type)
20	14	0	14	2	0,14	0,86	0,08 (0,02)	0,01 (0,01)	0,15 (0,11)
21	12	0	12	1	0,08	0,92	0,07 (0,02)	0,01 (0,01)	0,09 (0,09)
22	11	1	10,5	1	0,10	0,90	0,06 (0,02)	0,01 (0,01)	0,10 (0,10)
23	9	1	8,5	0	0,00	1,00	0,06 (0,02)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)
24	8	0	8	2	0,25	0,75	0,05 (0,02)	0,02 (0,01)	0,29 (0,20)
25	6	0	6	0	0,00	1,00	0,05 (0,02)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)
26	6	0	6	0	0,00	1,00	0,05 (0,02)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)
27	6	0	6	0	0,00	1,00	0,05 (0,02)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)
28	6	0	6	1	0,17	0,83	0,04 (0,02)	0,01 (0,01)	0,18 (0,18)
29	5	0	5	2	0,40	0,60	0,02 (0,01)	0,02 (0,01)	0,50 (0,34)
30	3	1	2,5	2	0,80	0,20	0,00 (0,01)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)

Note. Les intervalles pour lesquels une densité événement (*probability density*) est supérieure à 0,10 sont mis en gras.

Puis, le Tableau 5 présente une proportion cumulative, la *densité événement* (c.-à-d., la probabilité de cesser, compte tenu de la proportion de participants qui ont atteint chaque nombre de séances; *probability density*) et le taux de *défaillance* (c.-à-d., le risque qu'il y ait cessation, au cours de l'intervalle, pour les participants encore en suivi, pour chaque séance; *hazard function*).

Selon le Tableau 5, il semble que les participants à l'étude cessent leur suivi principalement après deux ou trois séances (25 cas chacun) et après une ou cinq séances (22 cas chacun). Ce sont aussi les séances associées aux plus hautes valeurs de densité événement (0,10 et plus). Les taux de défaillance sont aussi particulièrement élevés à ces moments. Les taux de défaillance les plus élevés sont après la 24^e (0,29) et après la 29^e séances (0,50), quoique l'erreur-type associée à ces taux soit particulièrement élevée. Une erreur-type aussi élevée peut indiquer un biais et ces valeurs élevées ne représentent pas nécessairement des moments où la cessation du suivi est plus probable.

À partir de la table de survie, deux graphiques sont dégagés et sont présentés en détail ici. D'abord, la Figure 1 présente la *courbe de survie*, qui illustre graphiquement la proportion cumulative de survie du Tableau 5. Les résultats saillants de cette courbe de survie sont les fortes baisses dans la proportion de survie entre les séances 1 et 2, entre les séances 2 et 3, entre les séances 3 et 4, ainsi qu'entre les séances 5 et 6.

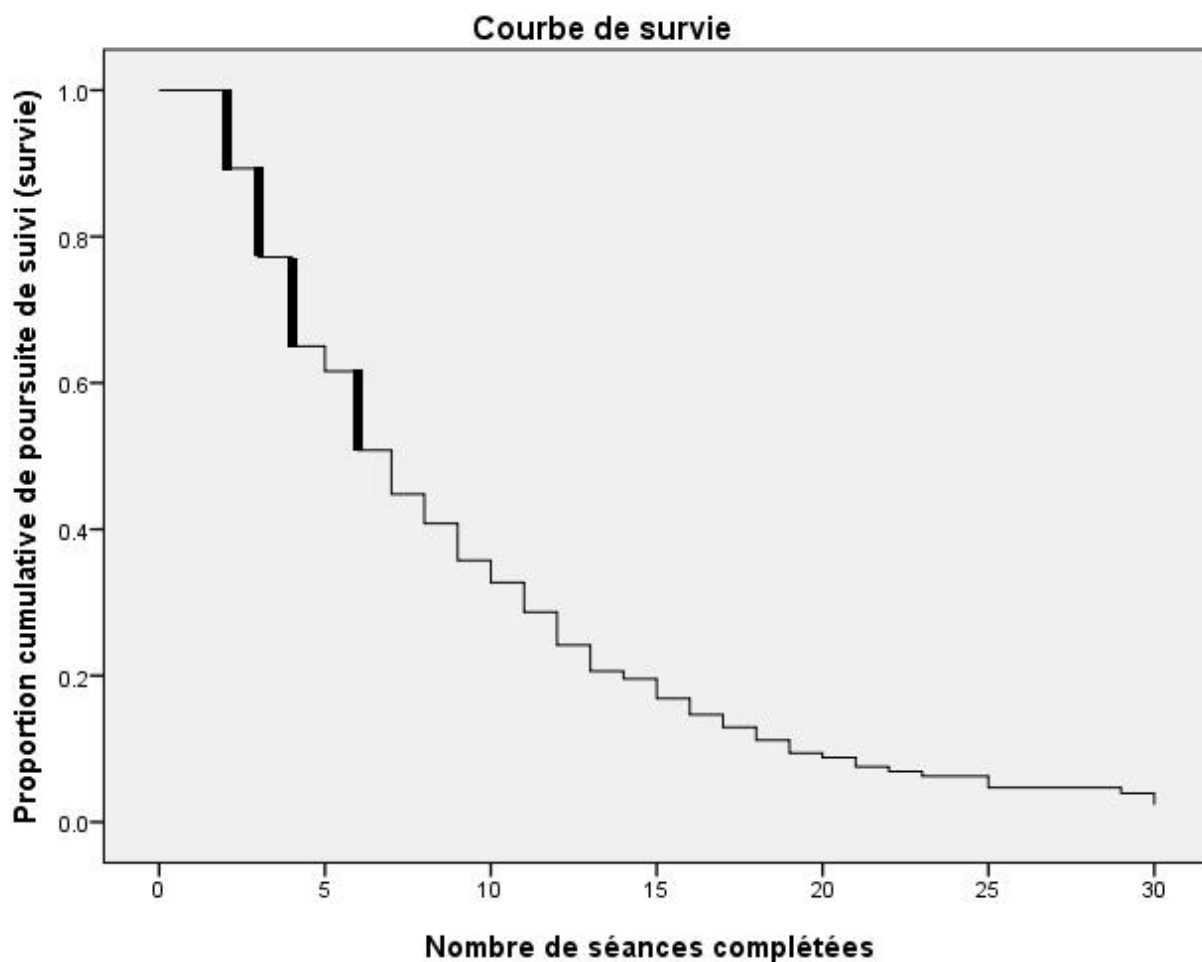


Figure 1. Courbe de survie de tous les participants pour les 30 premières séances. *Note.* Les intervalles au cours desquels il y a eu 20 cessations et plus ont été mis en gras par l’auteur.

Ces forts moments de cessation sont aussi mis en relief dans la Figure 2, qui présente de façon graphique les taux de défaillance, soit l’augmentation, pour chaque séance, du risque statistique (*hazard*) qu’il y ait cessation du suivi. La Figure 2 permet de constater que les moments où une cessation rapide du suivi thérapeutique est la plus fréquente (taux de défaillance égal ou supérieur à 0,15) se situent après la 2^e, la 3^e et la 5^e séances. D’autres

pics, sur ce graphique, montrent que les risques de cessation sont particulièrement élevés après la 11^e-12^e, autour de la 16^e et après la 24^e et la 29^e séances.

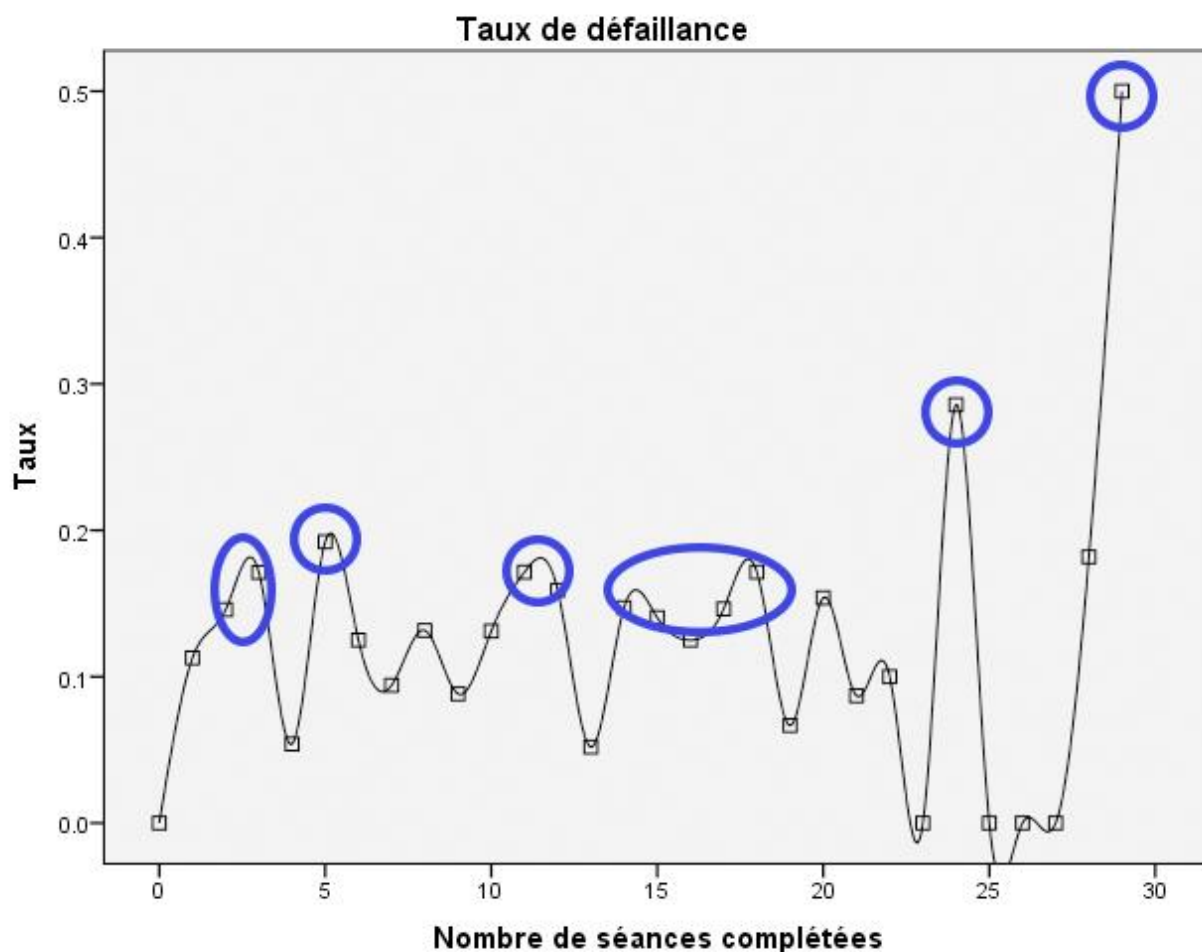


Figure 2. Taux de défaillance pour tous les participants pour les 30 premières séances.
Note. Les pics associés à des taux de défaillance supérieur à 0,15 ont été encerclés par l’auteur. La zone entre la 13^e et la 17^e séances a été considérée comme un seul pic.

En s’appuyant sur les travaux de Monras et Gual (2000), les informations fournies par la table de survie (Tableau 5), la courbe de survie (Figure 1) et les taux de défaillance (Figure 2) ont permis de dégager trois moments-clés de la cessation du suivi des hommes

de l'échantillon : (1) les *cessations précoces* (après 2 ou 3 séances); (2) les *cessations à court terme* (après 5 séances); et (3) les *cessations à moyen terme* (après la 11^e séance). Les trois derniers moments encerclés de la Figure 2 n'ont pas été retenus car ils semblent peu significatifs. En effet, selon les informations contenues dans le Tableau 1, il ne reste déjà plus que 37 participants qui sont encore en suivi à la 14^e séance (début du pic 4 encerclé dans la Figure 2), ce qui correspond à moins de 20 % de l'échantillon. De plus, les taux de défaillance calculés pour ces pics sont peu précis, avec une erreur-type élevée. La section qui suit permet de vérifier si ces trois moments-clé de cessation du suivi sont associés aux différents facteurs retenus pour cette étude.

Objectif 2 : Identification des facteurs de risque associés aux moments-clés de cessation

Le second objectif de la présente recherche vise à identifier quels sont les facteurs qui permettent de prédire la cessation du traitement aux moments-clés identifiés. Cet objectif peut être répondu à l'aide de l'analyse de régression de Cox. En effet, cette analyse permet de déterminer quels facteurs sont associés aux moments où les probabilités de cessation sont les plus élevées, ce qui en fait une analyse beaucoup plus puissante pour répondre à l'objectif principal que l'analyse de corrélation bivariée ou que la régression multiple. Avant de procéder à l'analyse, Tabachnick et Fidell (2007) présentent une série de dix postulats et recommandations par rapport à la régression de Cox, qui seront considérés successivement.

Taille de l'échantillon. La taille de l'échantillon n'est pas largement discutée par Tabachnick et Fidell (2007). Ces dernières indiquent qu'une taille de 60 participants pour 5 facteurs et moins serait suffisante et elles invitent le chercheur à augmenter la taille de l'échantillon si le nombre de facteurs augmente, sans indication supplémentaire. Dans la présente thèse qui contient 13 facteurs, une extrapolation linéaire du ratio 60 : 5 révèle que la taille de l'échantillon devrait être d'au moins 156 participants. Avec un échantillon de 206 participants, ce postulat est donc rencontré.

Données manquantes. Tabachnick et Fidell (2007) expliquent que des données manquantes peuvent être rencontrées avec la variable temporelle et avec les facteurs. Pour ce qui est de la variable temporelle, il est possible que le moment de cessation soit inconnu, car la cessation n'est pas encore survenue. Un des avantages de l'analyse de survie est de pouvoir utiliser les données fournies par ces participants au cours de la période où l'information est disponible pour chacun d'eux et de « censurer » ces participants à partir du moment où l'information sur chacun d'eux n'est plus disponible.

Pour ce qui est des facteurs, leur recommandation est de traiter les données manquantes de la même manière que pour tout autre type d'analyse, soit en considérant les besoins de l'étude, la quantité de données manquantes et le caractère aléatoire (*randomness*) des données manquantes. La méthode la plus sévère et la plus rigoureuse à adopter avec de telles données manquantes est de simplement retirer les participants auxquels sont associées ces données manquantes. C'est la solution retenue ici.

Normalité, linéarité et homoscedasticité. Selon Tabachnick et Fidell (2007), la violation des postulats de normalité des distributions, de linéarité des relations et d'homoscedasticité n'est pas très dommageable, compte tenu de la robustesse du test de régression de Cox. Cependant, lorsque ces conditions sont rencontrées, le test est plus puissant. Dans la présente thèse, la normalité des distributions de toutes les variables continues et la linéarité des relations ont déjà été vérifiées lors des analyses préliminaires. Les transformations non-linéaires nécessaires pour rencontrer le postulat de normalité ont été effectuées et les covariables transformées sont utilisées pour le test de régression de Cox (la variable originale du nombre de séances est utilisée comme variable dépendante).

Afin de vérifier le postulat d'homoscedasticité, une régression linéaire multiple factice a permis de générer un diagramme de dispersion des résidus multivariés en fonction des valeurs prédites. L'examen de ce diagramme de dispersion n'indique aucun patron de relation problématique entre les résidus standardisés et les valeurs prédites, ce qui appuie le postulat d'homoscedasticité.

Absence de données aberrantes. Comme le mentionnent Tabachnick et Fidell (2007), une donnée aberrante est une valeur extrême qui s'éloigne trop fortement du reste de la distribution. En raison de son trop grand écart avec l'ensemble des données, la donnée aberrante peut avoir un effet trop important sur les résultats et doit alors être retirée de l'analyse. Dans le cas présent, la seule donnée aberrante qui pouvait avoir une influence

notable sur les résultats (un participant ayant complété 101 séances) a déjà été retirée lors des analyses préliminaires.

Absence de différence entre les cas censurés et les cas conservés. Une particularité de l'analyse de survie (régression de Cox et autres méthodes) est le traitement réservé aux données dites « censurées ». Les cas censurés (ici, les participants qui étaient encore en suivi au moment de la collecte de données, dont on ne connaît donc pas le nombre de séances avant la cessation) sont inclus dans l'analyse pour le nombre d'intervalles (ici, le nombre de séances) où des données sont disponibles, puis retirées de l'analyse. Un postulat de l'analyse de survie est que les cas censurés ne diffèrent pas systématiquement des cas qui, dans le cas présent, ont cessé le suivi. Afin de vérifier ce postulat, une analyse de variance multivariée comparant les deux groupes – censurés ($n = 13$) et non censurés ($n = 193$) – a été conduite sur les variables d'échelle intervalle. Les résultats de cette analyse, présentés en Appendice A, ont montré que les deux groupes ne sont pas différents sur l'ensemble des variables. De plus, une série d'analyses du chi-carré comparant les deux groupes pour les variables d'échelle dichotomique (p. ex., statut conjugal, occupation) a montré que les deux groupes ne diffèrent pas entre eux. Les résultats sont présentés à l'Appendice A.

Constance des conditions de « survie » au cours de l'étude. Il est postulé que les facteurs qui affectent la survie, dans ce cas-ci la poursuite du suivi, demeurent constant tout au long de l'étude. Cette condition est par défaut considérée comme rencontrée : les

suivis durant en moyenne moins de deux mois, les probabilités qu'il y ait changement au niveau des prédicteurs est faible. En outre, les prédicteurs ont été mesurés au début du suivi et des changements dans la vie des participants n'ont pas pu être mesurés, compte tenu du devis de recherche choisi. Par ailleurs, il est à noter que l'âge des participants, de par sa nature, a varié de manière continue tout au long de l'étude. Cependant, en considérant la courte durée des suivis, il est supposé que cette variation soit sans effet sur les résultats.

Absence de multicollinéarité. Comme pour les analyses de régression linéaire, les analyses de régression de Cox sont sensibles à de trop fortes corrélations entre les différents facteurs. La multicollinéarité peut entraîner une très forte erreur-type liée aux coefficients calculés lors de l'analyse principale, ce qui en limite la validité. L'analyse de la matrice de corrélations de Pearson entre les différents facteurs à échelle d'intervalle permet de vérifier si les facteurs présentent une trop forte corrélation entre eux (de valeur absolue supérieure à 0,90), entraînant un problème de multicollinéarité dans l'analyse de régression de Cox. Le Tableau 6 présente les corrélations entre les différents facteurs à échelle d'intervalle. Les coefficients de corrélations entre les différents facteurs se situent entre -0,32 et 0,48 : il n'y a donc pas de multicollinéarité ou de singularité (corrélation parfaite entre deux variables). Il est cependant à noter que c'est la variable du trait de personnalité colérique qui présente les coefficients de corrélation les plus élevés avec la variable d'hétéroduperie (tendance à vouloir montrer une image positive de soi aux autres) et avec le score d'anxiété d'abandon (peur importante de perdre le lien avec l'être aimé).

Puisque tous les liens sont de force faible à modérée et qu'aucun coefficient ne s'approche du seuil de 0,90, ce postulat est donc respecté.

Tableau 6

Matrice de corrélations de Pearson entre les facteurs à échelle d'intervalle

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Hétéroduperie	1,00	0,12	0,08	-0,24**	-0,35***	-0,12	-0,17*	-0,21**
2. Age		1,00	0,25***	-0,07	-0,06	0,03	0,23**	-0,21**
3. Revenu annuel brut ¹			1,00	0,01	0,03	0,11	0,13	-0,08
4. Violence psychologique émise ¹				1,00	0,30***	0,01	0,06	0,32***
5. Trait de personnalité colérique					1,00	0,03	0,15*	0,50***
6. Consommation hebdomadaire d'alcool ²						1,00	0,11	0,05
7. Évitement de l'intimité							1,00	-0,03
8. Anxiété d'abandon								1,00

Notes. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$. ¹Une transformation par la racine carrée a été effectuée sur cette variable. ²Une transformation logarithmique a été effectuée sur cette variable.

Absence d'interactions entre le temps et les facteurs. Il est supposé, selon le modèle de régression de Cox, que la courbe de survie garde la même forme pour tous les groupes divisés par les facteurs. En d'autres termes, il est attendu que l'effet de chaque facteur soit le même tout au long de l'étude et ne varie pas de manière systématique au cours de l'étude. Cette absence d'interaction entre la variable temporelle (ici, le nombre

de séances complétées) et les autres facteurs est vérifiée et contrôlée selon la stratégie décrite par Tabachnick et Fidell (2007) : il s'agit de produire une analyse de survie préliminaire incluant à la fois les facteurs sélectionnés pour l'analyse ainsi que le produit entre chacun de ces facteurs et la variable temporelle (terme d'interaction). Si des termes d'interaction ressortent comme significatifs, ces termes sont inclus dans l'analyse de survie finale, afin de retirer leur effet.

Le Tableau 7 présente les termes d'interaction et les statistiques produites par l'analyse de survie préliminaire. Les sept facteurs pour lesquels les termes d'interaction sont significatifs selon la statistique chi-carré de Wald sont l'âge, le fait d'avoir complété des études post-secondaires ou non, le fait d'avoir une occupation stable (emploi rémunéré temps plein et étudiant) ou non, le fait de consulter sous ordonnance de la Cour (ou de la DPJ), le fait d'avoir émis au moins un geste de violence physique au cours de la dernière année ou non, l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon. Tel que le recommandent Tabachnick et Fidell (2007), ces sept termes d'interaction seront introduits dans un bloc préliminaire lors de la production de l'analyse de survie finale, afin de contrôler leur effet.

L'ajout de ces termes d'interaction augmente le nombre total de facteurs inclus au modèle final à 20. En suivant le ratio proposé par Tabachnick et Fidell (2007) de 60 : 5, la taille de l'échantillon devrait être d'au moins 240 participants. Avec 206 participants, le postulat de taille de l'échantillon n'est que partiellement rencontré.

Tableau 7

Résultats de l'analyse de survie préliminaire pour les termes d'interaction avec la variable temporelle non transformée

Terme d'interaction avec la variable temporelle	Coefficient <i>B</i>	Erreur-type	χ^2_{Wald}	<i>p</i>
Hétéroduperie X temps	-0,05	0,04	1,69	0,193
Age X temps	-0,04	0,01	21,25	<0,001
Études post-secondaires ou non X temps	-0,61	0,22	7,57	0,006
Revenu annuel brut ¹ X temps	0,00	0,00	0,02	0,900
Occupation stable X temps	-0,76	0,22	11,44	0,001
Mariés/Conjoints de fait ou non X temps	-0,28	0,19	2,12	0,145
Ordonnance de la Cour/DPJ ou non X temps	-1,16	0,22	27,33	<0,001
Violence psychologique émise ¹ X temps	0,04	0,04	1,07	0,300
Violence physique émise (variable dichotomisée) X temps	-0,48	0,21	5,12	0,024
Trait de personnalité colérique X temps	-0,25	0,18	1,84	0,175
Consommation d'alcool ² X temps	0,01	0,18	0,00	0,969
Évitement de l'intimité X temps	-0,23	0,11	4,79	0,029
Anxiété d'abandon X temps	-0,35	0,09	16,04	<0,001

Note. Les facteurs présentant une statistique χ^2 de Wald avec un $p < 0,05$ ont été mis en gras. ¹Une transformation par la racine carrée a été effectuée sur cette variable. ²Une transformation logarithmique a été effectuée sur cette variable.

Analyse de survie principale

L'analyse de survie (régression de Cox) principale a été effectuée avec le nombre de séances complétées comme variable temporelle et le fait d'être toujours en suivi comme variable critère. Les facteurs ont été introduits en trois blocs. Le premier bloc était composé de l'hétéroduperie comme variable contrôle, le second bloc des sept termes d'interaction avec le temps qui ont un effet significatif sur la durée du suivi. Ces deux premiers blocs permettent d'éliminer l'effet de l'hétéroduperie (désirabilité sociale) ainsi que celui des interactions décelées lors de la vérification des postulats. Enfin, un troisième bloc comprenait les douze facteurs retenus.

Le modèle final inclut donc l'hétéroduperie, les sept interactions temporelles et les 12 facteurs à l'étude, pour un total de 20 variables. Ce modèle permet de prédire significativement la cessation du suivi par les hommes en traitement ($\chi^2(20, N=206) = 348,52, p < 0,001$). Le Tableau 8 présente les statistiques produites par l'analyse de survie. Une statistique du chi-carré de Wald (χ^2_{Wald}) est calculée pour chacun des coefficients B associés aux différents facteurs retenus pour cette analyse. Cette statistique teste si le coefficient B diffère significativement de zéro, afin d'établir si le facteur est significativement relié à la cessation du traitement. Le coefficient de régression B correspond au terme de l'équation de régression calculé par l'analyse de survie. Un coefficient chi carré de Wald est calculé à partir de ce coefficient B et de son erreur standard et c'est ce chi carré de Wald qui est testé contre l'hypothèse nulle.

Tableau 8

Résultats de l'analyse de survie principale¹

Variables	Coefficient <i>B</i>	Erreur -type	χ^2_{Wald}	<i>p</i>	e^B
Age	0,06	0,01	18,44	<0,001	1,06
Études post-secondaires ou non	-1,14	0,39	8,63	0,003	0,32
Revenu annuel brut ²	0,00	0,00	0,19	0,66	1,00
Occupation stable	1,35	0,39	12,39	<0,001	3,87
Mariés/Conjoints de fait ou non	-0,02	0,17	0,01	0,923	0,98
Ordonnance de la Cour/DPJ ou non	-1,68	0,38	19,92	<0,001	0,19
Violence psychologique émise²	0,07	0,03	4,54	0,033	1,07
Violence physique émise (variable dichotomisée)	-0,27	0,35	0,57	0,451	0,77
Trait de personnalité colérique	-0,09	0,15	0,34	0,560	0,92
Consommation d'alcool ³	0,01	0,15	0,00	0,972	1,01
Évitement de l'intimité	0,47	0,19	6,15	0,013	1,60
Anxiété d'abandon	0,57	0,12	24,30	<0,001	1,77

Notes. Les facteurs présentant une statistique χ^2 de Wald avec un $p < 0,05$ ont été mis en gras. Les indices statistiques liés aux termes d'interaction ne sont pas présentés, mais sont inclus dans l'analyse. ¹La variable temporelle non transformée est utilisée pour cette analyse. ²Une transformation par la racine carrée a été effectuée sur cette variable. ³Une transformation logarithmique a été effectuée sur cette variable.

Enfin, le terme e^B correspond au rapport entre le taux de défaillance du facteur en question et le taux de défaillance de base, si la valeur de tous les autres facteurs est maintenue. Par exemple, pour l'évitement de l'intimité, le terme e^B est de 1,60, ce qui signifie qu'une augmentation de 1 au score d'évitement de l'intimité est associée à une augmentation de 0,60 du taux de défaillance.

Sept facteurs ressortent significativement de cette analyse comme prédicteurs de la cessation du suivi des hommes de l'échantillon, soient l'âge, le fait d'avoir complété ou non des études post-secondaires, le fait d'avoir une occupation stable (emploi ou études à temps plein) ou non, le fait de consulter sous ordonnance de la Cour ou non, le niveau de violence psychologique émise, l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon.

Afin d'interpréter les résultats significatifs obtenus pour les sept facteurs identifiés au Tableau 8, une courbe de survie distincte a été réalisée pour chacun des sept facteurs identifiés. Pour les facteurs à échelle d'intervalles, les courbes de survie sont produites en comparant les participants qui ont un score en dessous de la moyenne pour ce facteur avec ceux qui ont un score au-dessus de la moyenne pour ce facteur, afin de bien illustrer l'effet du facteur et de représenter visuellement à quel moment ce facteur influence le plus le taux de défaillance (c.-à-d., la probabilité de cessation du traitement).

Dans la Figure 3, deux courbes de survie sont présentées, après avoir divisé les participants selon qu'ils soient plus jeunes ou plus âgés que la moyenne ($M = 35,05$ ans). Ces courbes correspondent à l'effet de la covariable âge, en contrôlant pour les autres covariables, de même que pour les effets d'interaction temporelle. Cette courbe permet de constater que c'est à la 10^e séance que l'âge devient un facteur qui influence la probabilité de cesser son suivi. À partir de ce moment, les participants plus jeunes ont davantage tendance à cesser leur suivi. L'âge serait donc associé aux cessations de suivi à moyen terme.

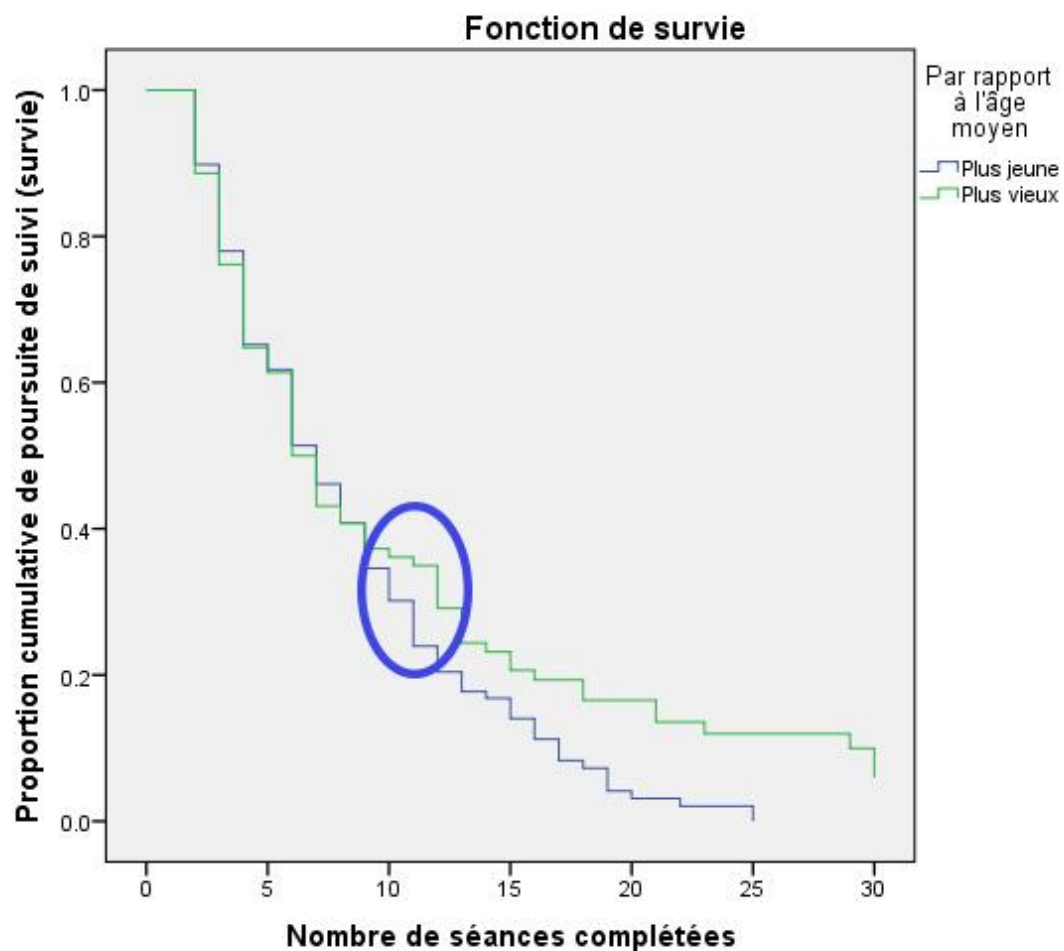


Figure 3. Courbes de survie séparées entre les participants plus jeunes et plus âgés que l'âge moyen (35,05 ans). Note. Le moment où les courbes deviennent distinctes a été encerclé par l'auteur.

La Figure 4 montre deux courbes de survie, permettant de distinguer la proportion de participants qui sont toujours en suivi, selon le fait qu'ils aient ou non complété des études post-secondaires. Bien que des mesures statistiques aient été prises pour isoler l'interaction entre le nombre de séances complétées et le facteur scolarité (c.-à-d., études

secondaires ou non), la Figure 4 montre que les effets de cette interaction n'ont pas été complètement éliminés.

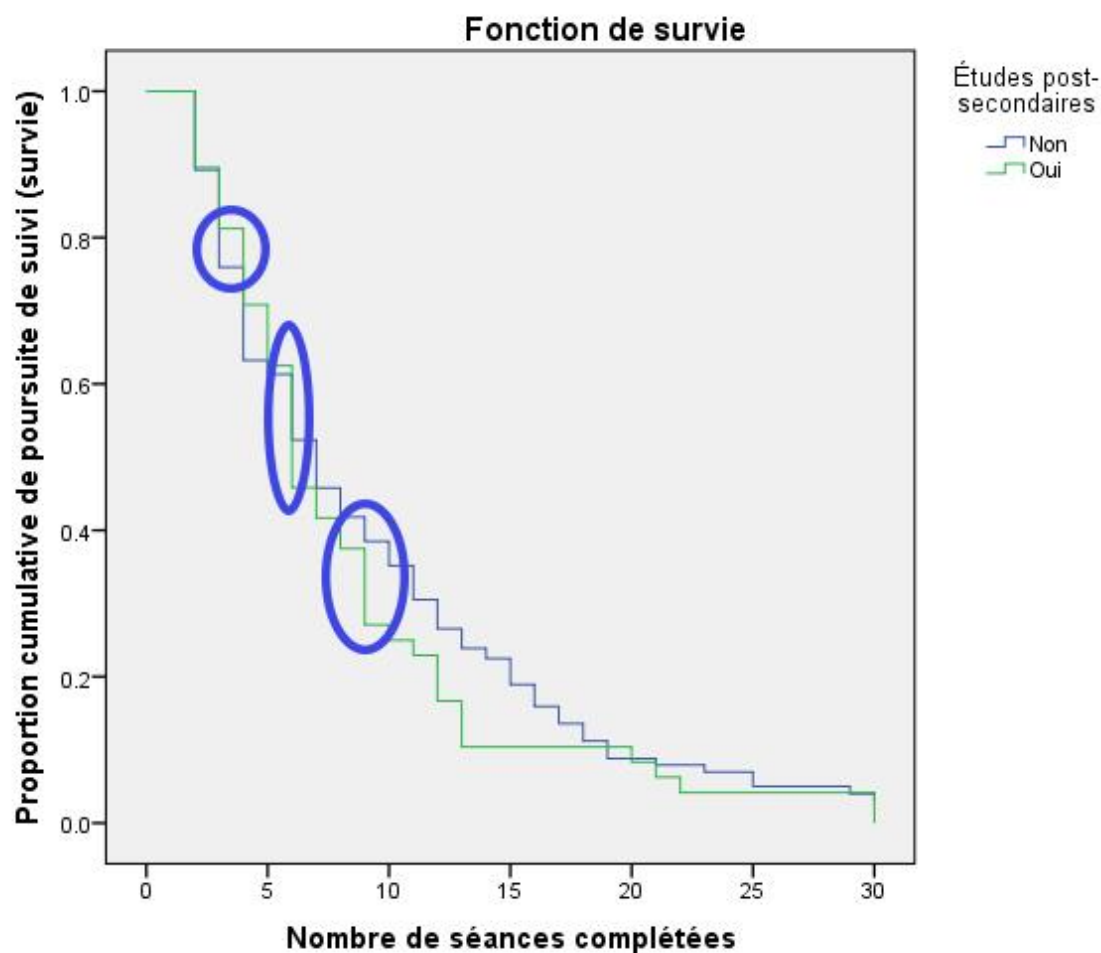


Figure 4. Courbes de survie réalisées séparément selon le fait d'avoir ou non complété des études post-secondaires. *Note.* Les moments où les courbes deviennent distinctes ont été encerclés par l'auteur.

L'interprétation de ces résultats demande donc une certaine réserve, car le postulat selon lequel l'effet d'un facteur demeure stable tout le long du processus n'est pas

complètement respecté. En effet, il semble que dès la 2^e séance, les participants qui n'ont pas complété d'études post-secondaires cessent davantage leur suivi. Mais cette tendance semble s'inverser à la 5^e séance, alors que les participants qui ont complété des études post-secondaires ont plus tendance à abandonner leur suivi. L'amplitude de cette tendance varie avec le nombre de séances complétées, devient presque nulle à la 7^e séance, puis redevient importante autour de la 9^e séance. Ainsi, le facteur scolarité pourrait être associé aux cessations précoces (faible scolarité), ainsi qu'aux cessations à court et à moyen termes (études post-secondaires).

La Figure 5 montre que les participants qui ont une occupation stable (travailleur à temps plein ou étudiant) ont moins tendance à cesser leur suivi après la 1^{ère} séance que les participants qui n'ont pas d'occupation stable. Cette tendance se maintient jusqu'à la 5^e ou la 6^e séance, après laquelle il n'y a plus de distinction à faire entre les deux groupes de participants. Il semble que l'effet de l'interaction n'ait pas été complètement éliminé par l'inclusion du terme d'interaction entre la covariable et la variable temporelle. En raison de cette interaction, les résultats sont à interpréter avec prudence. Le fait d'avoir une occupation stable aurait donc un effet sur les cessations précoces et à court terme.

Selon la Figure 6, les participants qui consultent sous ordonnance de la Cour ou de la DPJ ont plus tendance à abandonner leur suivi, et ce, dès la 1^{ère} séance. Cependant, cet effet semble s'estomper autour de la 9^e séance : la proportion de participants qui poursuivent leur suivi devient la même pour les deux groupes. La référence de la Cour

influencerait donc la cessation précoce du traitement, mais cet effet disparaît à moyen terme.

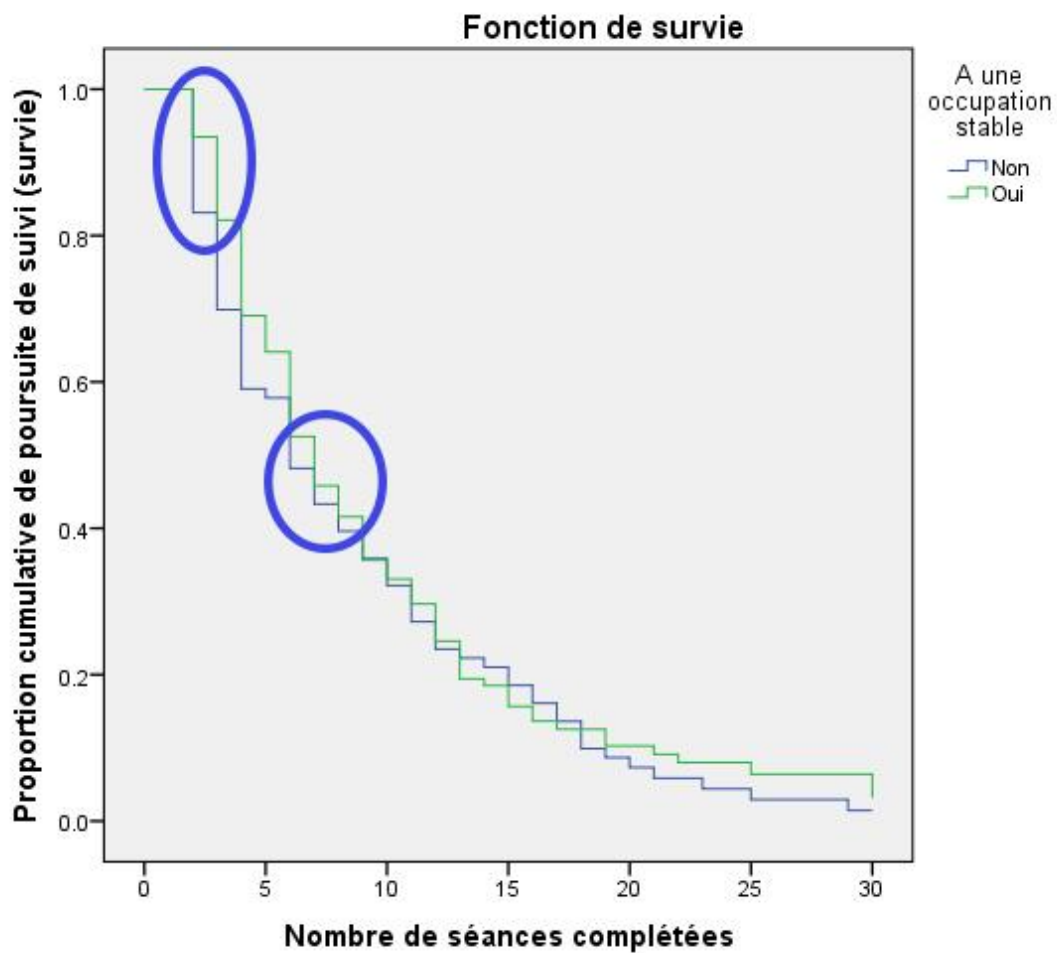


Figure 5. Courbes de survie réalisées séparément selon le fait d’avoir ou non une occupation stable (travailleur à temps plein ou étudiant) *Note.* Les moments où les courbes deviennent distinctes ou semblables ont été encerclés par l’auteur.

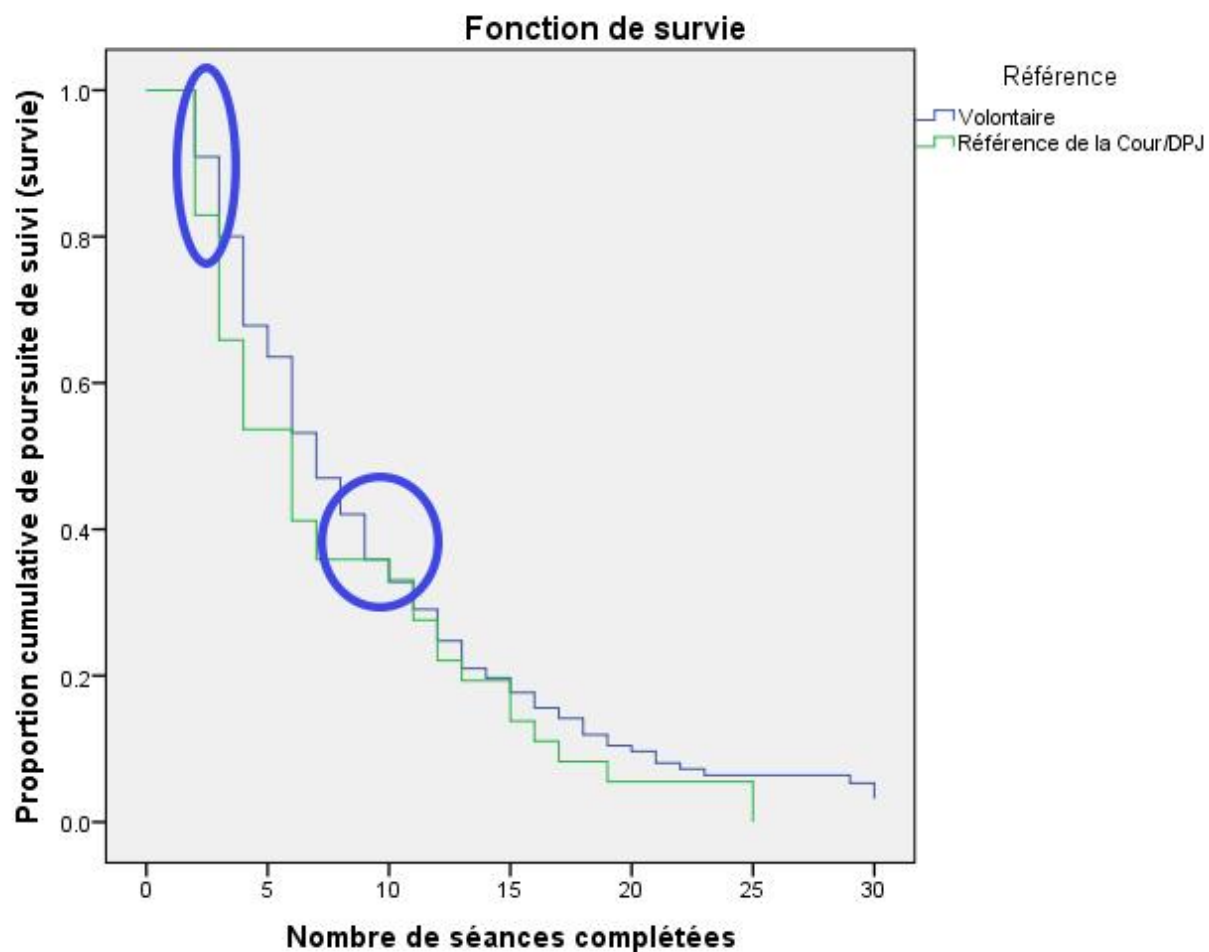


Figure 6. Courbes de survie réalisées séparément selon le fait de consulter sous ordonnance de la Cour/DPJ ou non. *Note.* Les moments où les courbes deviennent distinctes ou semblables ont été encerclés par l’auteur.

La Figure 7 montre deux courbes de survie, permettant de distinguer la proportion de participants qui sont toujours en suivi, selon le fait qu’ils aient émis un nombre inférieur ou supérieur à la moyenne ($M = 39,75$) d’actes de violence psychologique dans l’année précédant le début de leur suivi. Selon la Figure 7, les participants qui déclarent avoir

commis moins d'actes de violence psychologique que la moyenne ont plus tendance à cesser leur suivi à partir de la 13^e séance. Ce facteur a donc un effet à moyen terme.

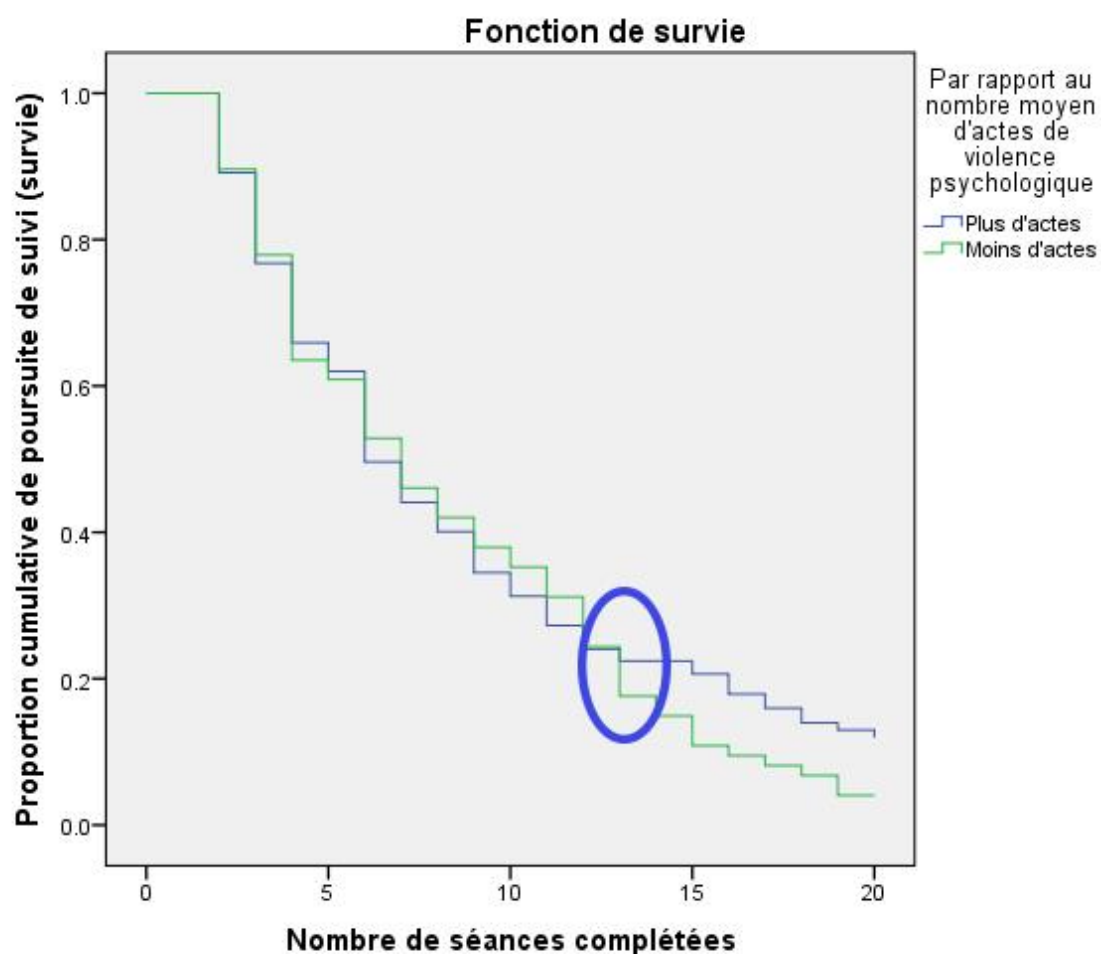


Figure 7. Courbes de survie réalisées séparément entre les participants qui commettent plus ou moins d'actes de violence psychologique que la moyenne ($M = 39,75$). *Note.* Le moment où les courbes deviennent distinctes a été encerclé par l'auteur.

Selon la Figure 8, les participants qui ont un score inférieur à la moyenne à l'échelle d'évitement de l'intimité ont davantage tendance à cesser leur suivi après la 1^{ère} rencontre.

Cette tendance semble s'estomper autour de la 2^e séance, puis autour de la 6^e séance, les participants qui ont un faible score à l'échelle d'évitement de l'intimité ont à nouveau tendance à abandonner leur suivi. L'évitement de l'intimité aurait donc un effet sur les cessations précoces et à court terme.

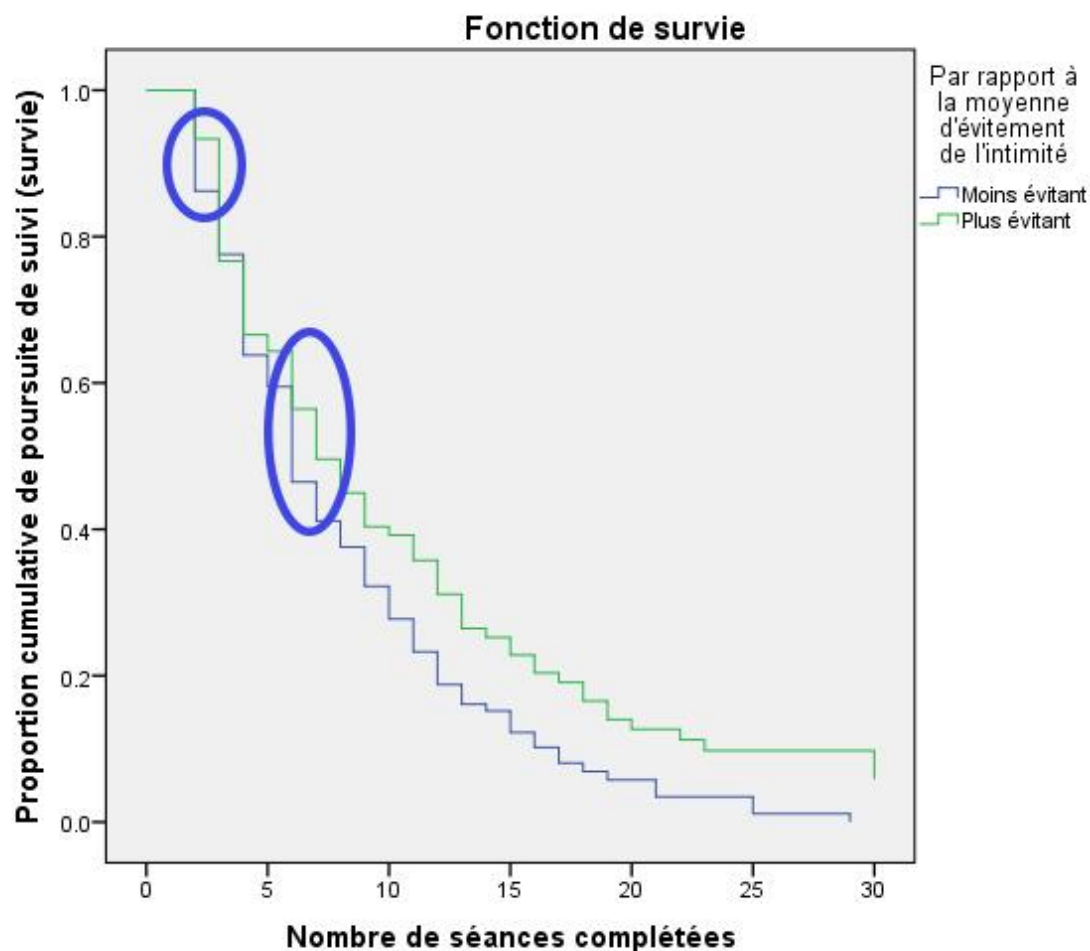


Figure 8. Courbes de survie réalisées séparément selon le score inférieur ou supérieur à la moyenne ($M = 2,68$) des participants à l'échelle d'évitement de l'intimité. Note. Les moments où les courbes deviennent distinctes ont été encadrés par l'auteur.

Dans la Figure 9, les courbes de survie sont présentées séparément selon le niveau moyen d'anxiété d'abandon des participants (inférieur ou supérieur à la moyenne). Selon cette figure, les participants qui présentent des degrés plus faibles d'anxiété d'abandon auraient tendance à mettre fin à leur suivi plus tôt. Après la 3^e séance, les deux courbes sont clairement distinctes : c'est à ce moment que l'effet de l'anxiété d'abandon semble le plus important.

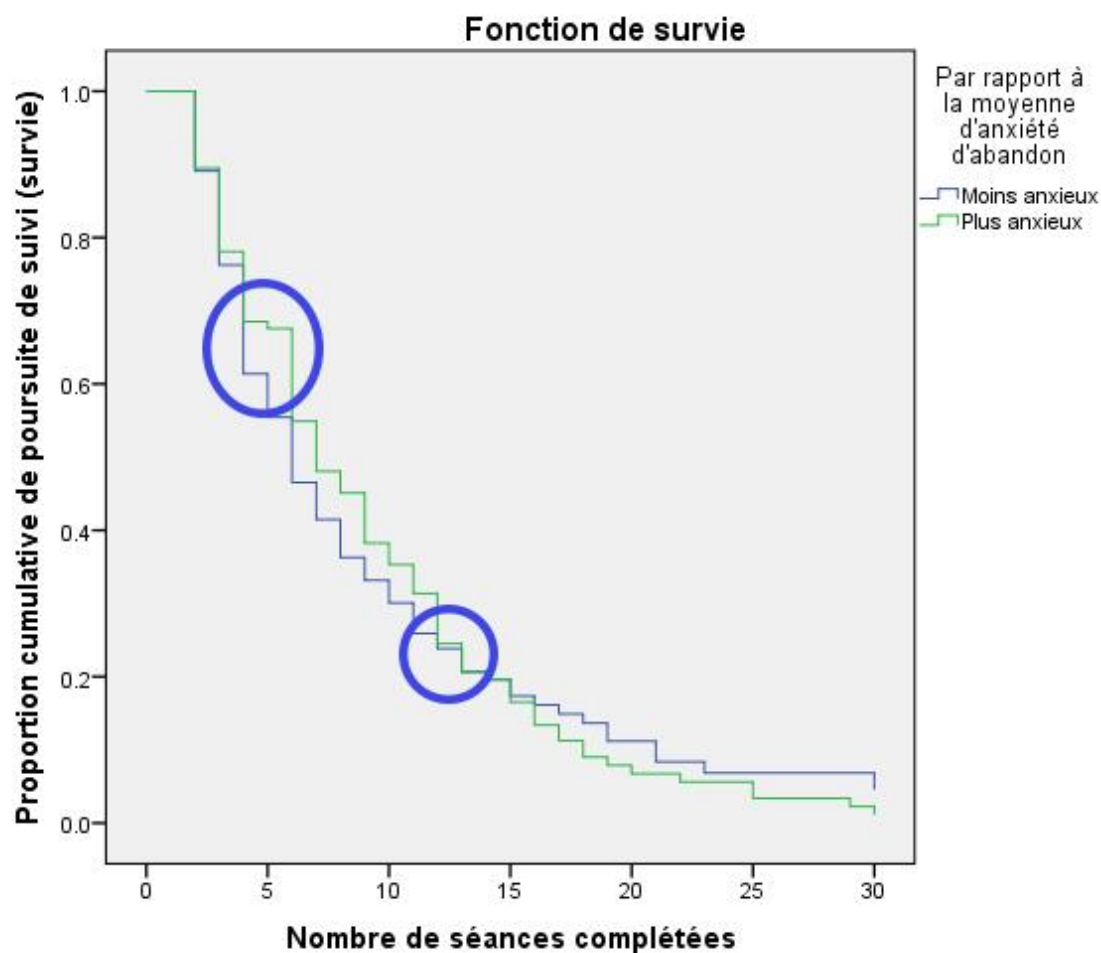


Figure 9. Courbes de survie réalisées séparément selon le score inférieur ou supérieur à la moyenne ($M = 4,18$) des participants à l'échelle d'anxiété d'abandon. *Note.* Les moments où les courbes deviennent distinctes ou semblables ont été encerclés par l'auteur.

Il est par ailleurs possible d'observer l'effet d'interaction entre le nombre de séances et le facteur anxiété d'abandon : autour de la 12^e séance, la différence entre les deux courbes s'amenuise pour être annulée autour de la 18^e séance. Il semble donc que l'anxiété d'abandon soit un facteur lié à la cessation du traitement à court terme et à moyen terme. Cet effet d'interaction suggère d'user d'une certaine prudence dans l'analyse des résultats.

Le Tableau 9 présente une synthèse des résultats en lien avec le deuxième objectif de la présente recherche. Ainsi, quatre facteurs sont associés à la cessation précoce du traitement : le faible niveau de scolarité, le fait de ne pas avoir d'occupation à temps plein, le fait de consulter sous ordre de la Cour et le degré plus faible d'évitement de l'intimité.

Quatre facteurs sont reliés à la cessation à court terme du suivi individuel : le niveau de scolarité plus élevé, le fait de consulter sous ordre de la Cour et les degrés plus faibles d'évitement de l'intimité et d'anxiété d'abandon.

Enfin, trois facteurs sont reliés à la cessation à moyen terme du suivi individuel : le jeune âge des participants, le niveau de scolarité plus élevé et un plus faible nombre d'actes de violence psychologique dans la dernière année.

Tableau 9

Synthèse des facteurs reliés aux trois moments-clés de la cessation du traitement

Variabes	Cessation précoce (2 ^e séance)	Cessation court terme (4 ^e -6 ^e séance)	Cessation moyen terme (8 ^e -13 ^e séance)
Âge			Jeunes plus susceptibles de cesser (10 ^e)
Scolarité	Pas de diplôme post- secondaire plus susceptibles de cesser (2 ^e)	Diplôme post- secondaire plus susceptibles de cesser (5 ^e)	Diplôme post- secondaire plus susceptibles de cesser (8 ^e)
Occupation stable ou non	Sans occupation stable plus susceptibles de cesser	Probabilité redevient semblable (5 ^e -6 ^e)	
Ordre de Cour	Ordre de Cour plus susceptibles de cesser (2 ^e)	Ordre de Cour plus susceptibles de cesser (5 ^e)	Probabilité redevient semblable (9 ^e)
Violence psychologique			Moins d'actes de violence plus susceptibles de cesser (13 ^e)
Évitement de l'intimité	Degré plus faible d'évitement plus susceptibles de cesser (2 ^e)	Degré plus faible d'évitement plus susceptibles de cesser (6 ^e)	
Anxiété d'abandon		Degré plus faible d'anxiété plus susceptibles de cesser (4 ^e)	

Discussion

Cette étude visait à évaluer quels facteurs sont liés à la cessation d'un suivi individuel de format ouvert pour hommes auteurs de violence conjugale. Deux objectifs spécifiques ont été formulés, soient : 1) identifier les moments-clés où les participants cessent leur suivi et 2) identifier les facteurs associés aux moments-clés où les participants cessent leur suivi, dans un contexte de thérapie où il n'existe pas de critère fixe pour déterminer un abandon. La discussion est présentée en revenant sur les résultats obtenus successivement pour ces deux objectifs. Par la suite, des liens avec les études précédentes sont proposés. En fin de discussion, les forces, limites et retombées de l'étude, de même que les pistes pour la recherche future sont explorées.

Objectif 1 : Identifier les moments-clés de cessation du suivi

Les résultats de la présente étude ont permis de distinguer trois moments-clés où la cessation d'un suivi individuel ouvert pour hommes auteurs de violence conjugale est la plus fréquente. Ces moments-clés de cessation ont été nommés (1) « cessation précoce », qui se situe entre la 1^{ère} et la 3^e séances; (2) « cessation à court terme », qui se situe entre la 4^e et la 6^e séances; et (3) « cessation à moyen terme », qui se situe entre la 8^e et la 13^e séances. Ces moments-clés ont été retenus, car ils présentaient les moments où les risques de cessation (*hazard function* de la régression de survie) sont les plus élevés.

Les moments-clés de cessation identifiés dans la présente étude sont comparables à ceux rapportés par Delgadillo et ses collègues (2014), qui ont conduit une étude auprès d'une population bénéficiaire d'un traitement psychologique individuel dit de « faible intensité » (c.-à-d., aide psychosociale, psychoéducation en utilisant les principes cognitivo-comportementaux), pour des problèmes d'anxiété et des symptômes dépressifs. Selon les résultats de l'étude de Delgadillo et al. (2014), les deux moments de cessation les plus fréquents se situent après la 2^e séance ainsi qu'après la 4^e séance, ce qui est similaire à la cessation précoce ou à court terme dans la présente étude. Il se peut que cette similitude soit expliquée par le fait que l'organisme communautaire partenaire de la présente étude offre aussi un traitement psychologique dit de « faible intensité », combinant notamment une psychoéducation sur les gestes de violence inacceptables, des exercices de gestion des émotions, le développement de nouvelles habiletés de communication et de gestion des conflits. L'étude de Monras et Gual (2000) réalisée auprès de participants bénéficiaires d'une psychothérapie de groupe de type ouvert pour traiter l'alcoolisme montre pour sa part que les cessations les plus fréquentes se situaient après 4 ou 8 séances hebdomadaires. Dans cette même étude, les chercheurs trouvent également un fort taux de cessation entre la 16^e et la 20^e séances, de même qu'à la 28^e séance, ce qui représente des moments-clés de cessation légèrement plus tardifs que la cessation à moyen terme identifiée dans la présente étude. Il est à noter que le nombre de séances de l'étude de Monras et Gual (2000) s'échelonnait sur plus de deux ans et que la table de survie reposait sur des intervalles de quatre semaines, ce qui limite la finesse de leurs analyses ainsi que la comparaison avec la présente étude.

Il semble donc que les moments les plus fréquents pour cesser un suivi thérapeutique soient relativement similaires pour un suivi individuel de type ouvert pour hommes auteurs de violence conjugale que pour d'autres types de suivi. Cependant, la présente étude se démarque des précédentes en proposant trois moments distincts d'abandon ou de cessation de suivi. Plus précisément, cette étude distingue les participants qui ont cessé de manière précoce leur suivi (1-3 séances), les participants qui ont cessé leur suivi à court terme (4-6 séances) et ceux qui ont cessé leur suivi à moyen terme (après la 12^e séance). Ce choix s'appuie notamment sur l'intensité des pics de cessation associés à ces moments, de même que sur les résultats obtenus lors de l'analyse de survie, qui seront discutés dans la prochaine section.

Certaines observations cliniques permettent de qualifier la distinction entre les participants qui cessent leur suivi après deux rencontres et ceux qui complètent cinq rencontres avant de cesser leur démarche thérapeutique. Il est permis de croire que certains participants qui amorcent une thérapie aient des attentes irréalistes envers leur thérapeute ou par rapport à la thérapie elle-même et soient rapidement déçus, voire désillusionnés par l'implication qui est attendue d'eux. Ces participants seraient les plus enclins à cesser leur suivi de façon précoce, soit après la période d'évaluation marquant le début des interventions. À ce sujet, certaines études montrent qu'une surestimation des capacités du thérapeute ou une sous-estimation du besoin de s'impliquer personnellement dans la thérapie sont associés à de moins bons résultats thérapeutiques, incluant une plus faible

alliance thérapeutique (Patterson, Uhlin, & Anderson, 2008; Tinsley, Bowman, & Barich, 1993). Ces pistes d'explication n'ont cependant pas été vérifiées de façon empirique au cours de la présente étude.

Une partie des participants qui cessent leur suivi de façon précoce est peut-être comparable aux participants qui abandonnent après la phase d'évaluation, dans les rares études sur l'abandon d'un suivi de groupe qui ont distingué les abandons précoces (au cours de l'évaluation) des abandons dits tardifs (c.-à-d., au cours du suivi de groupe; p. ex, Chang & Saunders, 2002). En effet, l'étude de Chang et Saunders (2002) montre qu'il est important de faire la distinction entre les types d'abandon dits précoces ou tardifs, car les participants de ces deux groupes présentent des différences. Par exemple, les participants qui abandonnent leur suivi de façon plus tardive (ce qui est considéré dans la présente étude comme une cessation à court ou à moyen termes) présentent davantage de traits de personnalité antisociale.

Les participants qui cessent leur suivi à court terme n'auraient peut-être pas ces mêmes attentes envers leur intervenant. En effet, après cinq rencontres, le client a déjà pu profiter d'un certain « dosage » (Howard et al., 1986) de traitement. Les raisons qui le motiveraient à cesser son suivi pourraient alors être le sentiment d'avoir complété son suivi. Des études sur l'efficacité des psychothérapies en externe montrent que l'effet du traitement sur la santé du patient est de moins en moins élevé à mesure que le suivi

progresse (p. ex., Howard et al., 1986; Howard, Moras, Brill, Martinovitchi, & Lutz, 1996; Stulz, Lutz, Kopta, Minami, & Saunders, 2013).

Enfin, un troisième moment-clé de cessation a été identifié comme une cessation à moyen terme. Ce type de cessation, situé autour de la 12^e séance, pourrait être interprété comme une cessation liée à l'atteinte d'objectifs comportementaux. Bien qu'un suivi ouvert et dit de « faible intensité » n'ait pas toujours permis d'atteindre la totalité des bénéfices (Stulz et al., 2013), une certaine catégorie de participants pourrait avoir mis fin à leur suivi après avoir rencontré un certain nombre d'objectifs plus comportementaux et moins liés à des changements durables dans leurs attitudes, cognitions et personnalité. Les différences entre les participants qui cessent leur suivi à différents moments sont discutées dans la prochaine section.

Il est également à noter que les autres études sur l'abandon portaient sur des processus thérapeutiques de groupe en format de type fermé. La présente étude porte sur des suivis individuels de type ouvert (c.-à-d., à durée indéterminée). La cessation d'un suivi ouvert est une décision qui peut être prise unilatéralement par le client ou le thérapeute ou d'un commun accord, selon plusieurs facteurs, incluant la rencontre les objectifs de traitement. Ainsi, ce type de cessation n'a pas la même signification que l'abandon d'un suivi de format fermé. Un tel abandon est, dans le cas des études recensées, toujours une décision unilatérale de la part du client et qui, par la définition que les chercheurs ont donné de l'abandon (p. ex., Buttell & Carney, 2002, 2008), exclut comme motif la rencontre des

objectifs. Il est donc attendu que les études portant sur les traitements de groupe en format fermé n'identifient pas les mêmes moments-clés ni ne procèdent à une analyse aussi fine des facteurs de cessation que ce qui a été réalisé dans la présente étude.

Objectif 2 : Identifier les facteurs liés aux moments-clés de cessation

À partir de l'analyse de survie, les hypothèses formulées dans la présente thèse doctorale ont été mises à l'épreuve. Les résultats ont montré que sept facteurs parmi les 12 évalués sont significativement liés à l'arrêt du suivi chez les hommes auteurs de violence en traitement individuel. Ainsi, les hommes qui sont plus jeunes, qui ont complété des études post-secondaires, qui n'ont pas d'occupation stable, qui consultent sous ordonnance de la Cour ou de la DPJ, qui rapportent moins de gestes de violence psychologique et qui présentent des niveaux d'évitement de l'intimité et d'anxiété d'abandon plus faibles ont tendance à cesser leur suivi plus rapidement, mais pas nécessairement aux mêmes moments-clés. Des explications pour chacun de ces facteurs sont successivement abordés, en respectant l'ordre des hypothèses formulées.

Âge

En s'appuyant sur les résultats de 13 études recensées dans la méta-analyse de Jewell et Wormith (2010) pour les suivis de type fermé de groupe d'hommes auteurs de violence, il était supposé que les clients plus jeunes cesseraient plus tôt leur suivi que les clients plus âgés. Les résultats de la présente étude ont effectivement révélé que les participants plus jeunes demeurent moins longtemps en suivi individuel. L'hypothèse voulant qu'un

plus jeune âge soit associé à une cessation du traitement individuel est donc appuyée. Plus précisément, les résultats de la présente étude ont révélé que c'est à la 10^e séance que ce facteur devient réellement significatif pour prédire la cessation du traitement. L'âge représente donc un facteur associé à la cessation d'un suivi thérapeutique à moyen terme.

Plusieurs pistes pourraient expliquer cet effet observé. D'abord, les participants plus jeunes pourraient avoir vécu moins de conséquences négatives liées à leurs comportements violents, ce qui se reflèterait dans l'impression d'avoir moins besoin d'un traitement pour leur violence. C'est en effet ce que suggèrent certaines études sur l'abandon d'un suivi de groupe pour abus de substances (McKellar, Kelly, Harris, & Moos, 2006; Vuoristo-Myllis, Lahti, Alho, & Julkunen, 2013), une problématique qui est reliée et semblable à la violence conjugale (Crane, Oberleitner, Devin, & Easton, 2014). En outre, l'impulsivité associée à l'abandon d'un suivi (Cullen, Soria, Clarke, Dean, & Fahy, 2011) et à un plus faible investissement dans un travail thérapeutique à long terme tend à diminuer avec l'âge (Harpur & Hare, 1994). Il se peut donc que les jeunes hommes en suivi décident simplement de cesser leur suivi sans avoir pris le temps d'y réfléchir au préalable ou qu'ils n'aient pas la maturité nécessaire pour poursuivre un travail thérapeutique en profondeur, c'est-à-dire au-delà des attentes minimales de changement comportemental. Il s'agirait peut-être également d'une difficulté à considérer leur responsabilité liée à leurs agissements. En effet, des études tendent à montrer que les jeunes adultes ont une notion de responsabilité sociale encore en développement (p. ex., Arnett, 2000; Baxter Magolda, 1998; Wray-Lake, Syvertsen, & Flanagan, 2016).

Revenu

Il était supposé que les participants qui gagnaient un plus faible revenu cesseraient leur suivi de façon plus précoce. Or cette hypothèse n'est pas appuyée par les résultats de cette étude. En effet, aucune différence significative sur le moment de cessation n'est obtenue entre les participants qui gagnent un important revenu et ceux qui en gagnent un plus faible. Il est à noter que la majorité des études recensées par Jewell et Wormith (2010) qui étudiaient le revenu comme facteurs d'abandon d'un suivi fermé de groupe pour violence conjugale (10 sur 17) ne trouvaient pas de lien. Il est également à noter que la variable « revenu » est l'une des variables identifiées par Cadsky et al. (1996) comme étant associées au concept d'instabilité de vie. Or, dans le cadre de la présente étude, trois des cinq indicateurs d'instabilité (le jeune âge, la faible scolarité, le fait de ne pas avoir d'occupation principale) se sont révélés être des prédicteurs significatifs de la cessation du traitement. Comme ces cinq facteurs sont reliés entre eux, il se peut que les analyses de la présente étude n'aient permis d'identifier que les plus saillants en contexte de thérapie individuelle. Ainsi, l'effet du revenu sur la cessation du traitement individuel serait possiblement masqué par les autres facteurs d'instabilité qui sont corrélés au revenu.

Il est également important de noter que le centre communautaire où le traitement pour violence conjugale était offert présente une particularité qui n'est pas mentionnée dans les autres études recensées. En effet, cet organisme fixe le coût de chaque séance en fonction du revenu du client. Ainsi, la difficulté à payer les séances de thérapie par les participants

à faible revenu est amoindrie par cette échelle variable de coût des séances. Il est possible que cette différence entre le traitement évalué dans la présente étude et ceux dont il est question dans la méta-analyse de Jewell et Wormith (2010) explique en partie pourquoi la présente étude ne trouve pas de lien entre la cessation du suivi et le revenu. Une étude comparative entre un suivi à tarif fixe et un suivi à tarif variable serait nécessaire pour vérifier cette possibilité.

Études post-secondaires

La troisième hypothèse de la présente thèse supposait que les participants qui n'avaient pas complété d'études post-secondaires cesseraient leur suivi plus tôt. Cette hypothèse est partiellement vérifiée. En effet, les résultats ont permis de constater que le fait d'avoir complété des études post-secondaires est ressorti comme un facteur en lien avec la cessation d'un suivi ouvert individuel pour hommes auteurs de violence conjugale. Cependant, l'effet de cette variable varie considérablement selon le nombre de séances complétées. En effet, les participants qui n'ont pas complété d'études post-secondaires sont plus nombreux à mettre fin à leur suivi de façon précoce (2^e séance), alors que ce sont les participants qui ont complété des études post-secondaires qui cessent davantage le suivi après la 5^e séance (cessation à court terme) et après la 8^e séance (cessation à moyen terme).

Ce résultat nuancé n'est pas rapporté par la méta-analyse de Jewell et Wormith (2010). En effet, ces derniers s'appuient sur les résultats de six études pour montrer une

relation simple entre un haut taux d'abandon du suivi de groupe et un faible niveau de scolarité. Il semble donc pertinent, pour ce facteur, d'examiner son effet en deux temps, soient les cessations précoces d'abord et les cessations à moyen et long termes ensuite.

Au sujet des cessations précoces des hommes possédant des études primaires ou secondaires, Kennedy (2000) a recensé l'ensemble des études portant sur les facteurs qui influencent la capacité de détenus de centres correctionnels à bénéficier d'un traitement thérapeutique qui leur est offert. Il propose que le dernier niveau de scolarité complété serait un facteur qui influence la capacité des détenus à bénéficier du traitement. Selon Kennedy, le niveau de scolarité reflèterait le niveau de fonctionnement cognitif. En ce sens, la cessation plus précoce des participants ayant complété un moins haut niveau de scolarité reflèterait une plus grande difficulté de leur part à comprendre ce qui est attendu d'eux dans le traitement. C'est aussi ce que semblent suggérer Chang et Saunders (2002), lorsqu'ils constatent que la non-complétion du test de psychopathologie MCMI est associée à un faible niveau de scolarité.

Pour les cessations à court et à moyen termes des participants qui possèdent des études post-secondaires, il semble que le dernier niveau de scolarité complété ait un effet inverse à ce qui est constaté dans la littérature scientifique consultée. Deux pistes d'explication gagneraient à être investiguées dans le futur et pourraient expliquer ce résultat. Une première piste explicative propose que les participants qui ont complété un diplôme post-secondaire auraient une plus grande facilité à comprendre ce qui est attendu d'eux en début

de suivi. Ainsi, à court et moyen termes, cette facilité à comprendre pourrait avoir pour effet que les participants qui possèdent des études post-secondaires rencontreraient plus rapidement leurs objectifs que les participants qui n'ont pas complété d'études post-secondaires.

Une deuxième piste d'explication à considérer est que les résultats liés aux études post-secondaires reflètent un artefact au plan statistique. En effet, le postulat de l'analyse de régression de survie selon lequel l'effet d'une variable ne doit pas varier à travers le temps n'a pas été respecté. Cette violation de postulat pourrait avoir une signification au plan scientifique, mais elle suggère surtout la prudence dans l'interprétation de ces résultats. Il convient donc de demeurer prudent dans l'interprétation de ces résultats.

Occupation stable

Il était supposé que le fait d'avoir une occupation stable (travail à temps plein ou études) serait lié à une cessation plus tardive du suivi. Cette hypothèse était basée sur les résultats des études recensées par Jewell et Wormith (2010), qui montrent que les hommes qui n'occupent pas un emploi stable abandonneraient davantage la thérapie de groupe pour violence. Cette hypothèse a été appuyée par les résultats de la présente étude. En effet, les hommes qui sont chômeurs, qui occupent un emploi à temps partiel ou qui sont retraités ont davantage tendance à cesser leur suivi de façon précoce (1^{ère} séance) que les hommes qui travaillent ou étudient à temps plein.

Le lien entre l'absence d'occupation stable et la cessation précoce d'un suivi pourrait s'expliquer par une difficulté à adopter un mode de vie stable. En effet, comme le proposent Cadsky et al. (1996), le fait de n'être pas employé à temps plein est associé à un manque de stabilité dans le mode de vie et est hautement lié à la non-complétion du traitement en groupe pour violence conjugale. Ces auteurs définissent le manque de stabilité dans le mode de vie comme un ensemble de facteurs (c.-à-d., jeune âge, revenu faible, scolarité faible, déménagements fréquents, être rarement employé à temps plein et non marié) communs chez la population criminelle. En ce sens, l'incapacité ou le refus d'occuper un emploi (ou de poursuivre des études) à temps plein serait une variable indicatrice de ce manque de stabilité, voire d'un manque de contrôle de soi (Gottfredson & Hirschi, 1990).

Une des raisons pour lesquelles les hommes qui montrent un manque de stabilité dans leur vie ont de la difficulté à s'engager dans la thérapie et la terminent aussi tôt qu'à la première séance pourraient être une question de priorités de vie. Cadsky et al. (1996) suggèrent que les hommes qui présentent un important manque de stabilité auraient du mal à s'investir dans un suivi, sauf en moments de crise. L'étude sur l'abandon d'un suivi de groupe de type fermé pour hommes auteurs de violence conjugale en milieu rural de Tollefson, Gross et Lundahl (2008) suggère que les participants qui présentent un manque de stabilité dans la vie seraient moins sensibles aux conséquences légales liés à l'abandon du suivi, puisque ces conséquences légales entraînent une instabilité de vie à laquelle ils sont déjà confrontés (c.-à-d., ils ont moins à perdre). Cette remarque s'applique cependant

aux hommes qui consultent sous ordre de la Cour, une population qui compose environ un cinquième du présent échantillon.

Statut conjugal

Pour cette étude, il a été supposé que le fait de ne pas être mariés ou conjoints de fait soit lié à une cessation plus précoce du suivi. Cependant, les résultats auprès des hommes en suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale de cette étude n'ont pas permis de vérifier cette hypothèse. Au contraire, comme pour 16 des 30 études recensées par Jewell et Wormith (2010), la présente étude ne montre pas de lien. Ainsi les hommes qui sont mariés ou conjoints de fait ne complètent pas plus de séances de thérapie que les hommes célibataires, en relation de fréquentation ou séparés/divorcés. Comme pour la variable « revenu » discutée plus haut, il est permis de supposer que l'effet d'instabilité de n'être ni mariés ni conjoints de fait soit masqué par d'autres variables. En effet, le fait de ne pas être en couple est une variable indicatrice d'un mode de vie instable (Cadsky et al., 1996), mais qui aurait possiblement un impact moindre sur la poursuite du traitement que d'autres facteurs. Par ailleurs, dans la présente étude, le statut conjugal a été opérationnalisé pour distinguer les participants mariés ou conjoints de fait, alors que plusieurs autres études (p. ex., Bennett et al., 2007; Rothman et al., 2007) ont opérationnalisé le statut conjugal par le statut mariés ou non. Cette différence méthodologique pourrait en partie expliquer les différences entre les études, malgré les travaux de Le Bourdais et Lapierre-Adamcyk (2004) à l'effet que ces deux statuts sont considérés presque comme des équivalences au Québec.

De plus, il importe de rappeler que la présente étude testait 12 facteurs simultanément, tout en contrôlant pour le biais de désirabilité sociale. Bien que le nombre de participants aient été suffisant pour obtenir la puissance nécessaire permettant de détecter des résultats significatifs là où il y en avait, les facteurs étudiés n'étaient pas tous indépendants les uns des autres et il est toujours possible que les corrélations entre ces facteurs aient masqué certains résultats.

Type de référence

Les résultats de la présente étude révèlent également que ce sont les participants qui consultent sous ordonnance de la Cour qui ont tendance à abandonner leur suivi, et ce, de façon précoce et à court terme. Ainsi, l'hypothèse formulée pour la présente étude est vérifiée. En effet, ce résultat est semblable à ce qu'a montré l'étude canadienne de Cadsky et al. (1996), bien qu'il soit contraire aux conclusions de la méta-analyse de Jewell et Wormith (2010), où les participants sous ordonnance de la Cour tendent davantage à compléter leur suivi de groupe de type fermé pour violence conjugale. Comme prévu, les résultats obtenus correspondent davantage à ceux de l'étude canadienne de Cadsky et al. (1996) qu'à la majorité d'études recensées provenant des États-Unis. Comme le formulaient Cadsky et al. (1996), le fait que les sanctions reliées à l'abandon du traitement soient moins réelles et peu appliquées au Canada en comparaison aux États-Unis semble un important facteur qui limite la rétention en suivi pour violence conjugale, que ce suivi soit de type ouvert ou fermé, en groupe ou individuel.

Cette piste d'explication pourrait être retenue pour la présente étude, menée auprès d'un échantillon d'hommes canadiens. De plus, cette explication est appuyée par l'étude américaine de Barber et Wright (2010) qui montre que plus la supervision par le système judiciaire est élevée, plus les hommes référés par la Cour pour un suivi ont tendance à compléter leur suivi de 26 semaines en groupe pour violence conjugale. À ce sujet, Bowen et Gilchrist (2004) ont montré, à partir d'un échantillon britannique, que les hommes auteurs de violence conjugale qui consultent sous ordre de la Cour sont moins motivés à s'engager dans un suivi et ont un lieu de contrôle plus externe que ceux qui consultent de manière volontaire. Une motivation intrinsèque (c.-à-d., qui vient du client lui-même), qui peut être associée à une participation volontaire à un suivi, est souvent associée à une meilleure rétention dans un suivi pour la violence conjugale (Darish, 2009; Donkin & Glozier, 2012). Puisque le suivi individuel ouvert requiert sans doute davantage de motivation intrinsèque et d'engagement qu'un suivi de groupe avec un nombre prédéterminé de séances, il est possible que les hommes qui ont été contraints par la Cour ou la DPJ à entreprendre un suivi individuel tentent d'y mettre un terme le plus tôt possible. Cette explication n'a pas reçu d'appui empirique à ce jour et des études seraient nécessaires pour l'appuyer.

Violence psychologique

Les résultats de la présente étude suggèrent que les hommes qui déclarent avoir commis moins d'actes de violence psychologique au cours de la dernière année que la

moyenne ont davantage tendance à cesser leur suivi, mais à moyen terme. En d'autres termes, les hommes qui disent avoir émis plus de gestes de violence psychologique dans la dernière année poursuivraient davantage leur suivi à moyen terme. En effet, ce ne serait qu'à partir de la 13^e séance que ce facteur serait significatif pour prédire la cessation de la thérapie. Cette variable ne serait donc pas liée à la cessation précoce du traitement, mais davantage à une cessation à moyen terme.

Ce résultat appuie l'hypothèse de recherche formulée et est cohérent avec les résultats de trois des 13 études recensées par Jewell et Wormith (2010) qui ont étudié le lien entre la violence psychologique et l'abandon du traitement. Le fait que la plus fréquente violence psychologique émise soit associée à une moins fréquente cessation à moyen terme pourrait s'expliquer par de plus importants besoins d'aide. Les participants qui reconnaissent avoir davantage un problème au niveau de la violence conjugale pourraient aussi sentir qu'ils ont davantage besoin d'aide thérapeutique, d'où un suivi d'une plus longue durée. Comme le suggèrent Bowen et Gilchrist (2006), le fait de déclarer plus d'actes de violence psychologique peut être associé au fait de commettre effectivement plus d'actes de violence psychologique, mais peut également témoigner d'une plus grande conscience du problème de violence psychologique. Une plus importante reconnaissance du problème et du besoin d'aide pourrait aussi signifier un plus grand engagement dans la thérapie et un désir réel de comprendre et travailler les comportements problématiques. En ce sens, il est permis de postuler que la poursuite du traitement à moyen terme soit le reflet d'un lieu de contrôle interne (prise de responsabilité face au problème) ou encore

d'un degré plus élevé de motivation intrinsèque envers la thérapie (Donkin & Glozier, 2012).

Violence physique, personnalité colérique et consommation d'alcool

Il a été supposé que l'émission de gestes de violence physique, les traits de personnalité colérique et la consommation d'alcool étaient liées à la cessation d'un suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale, en se basant sur les résultats des études recensées. Cependant, les résultats de la présente étude ne permettent pas de trouver de lien significatif entre ces trois variables et le moment de cessation d'un suivi pour violence conjugale. Pour chacune de ces variables, il est possible que le fait d'être en suivi individuel de type ouvert explique la différence trouvée entre les résultats des études recensées et ceux de la présente étude. Le fait d'être la première étude sur la cessation d'un suivi individuel de type ouvert empêche pour l'instant de s'avancer plus loin sur cette différence, seules des hypothèses explicatives pouvant être proposées.

Violence physique. Un lien significatif entre la violence physique et la poursuite d'un suivi de groupe de type fermé pour violence conjugale a été trouvé dans 6 des 12 études recensées par Jewell et Wormith (2010) qui ont étudié ce lien. Parmi celles-ci, les quatre études (Bennett et al., 2007; Cadsky et al., 1996; Catlett et al., 2010; Hamberger et al., 2000) qui ont utilisé la première ou la deuxième versions du CTS (Straus, 1979; Straus et al., 1996) ont trouvé que plus le participant rapporte d'actes de violence physique au cours de la dernière année, plus il risque de compléter le suivi. Il est à noter qu'aucune mesure

de désirabilité sociale n'a été incluse dans les quatre études citées. Or, les gestes de violence conjugale physique sont sujets à être sous-rapportés pour éviter de montrer une image défavorable de soi (Dutton & Hemphill, 1992; Freeman et al., 2015). La présente étude incluait l'échelle d'hétéroduperie (c.-à-d., la tendance à présenter aux autres une image favorable de soi) de la mesure de désirabilité sociale de Paulhus (1984). Il est possible que dans la présente étude une partie de la variance commune entre la cessation et la violence physique ait été prise par la désirabilité sociale. Par ailleurs, les participants ont rapporté très peu de violence physique, ce qui laisse supposer que les niveaux rapportés sont, pour certains participants, en-deçà de la violence physique réellement émise.

Personnalité colérique. Trois des quatre études recensées par Jewell et Wormith (2010) ont trouvé un lien entre l'abandon du suivi et une mesure de la colère (Catlett et al., 2010; Chang & Saunders, 2002; Sartin 2004). Cependant, aucune de ces études n'utilisait la même mesure de la colère que la présente étude, ce qui rend la comparaison difficile. De plus, des résultats contradictoires se dégageaient de ces études : Catlett et al. (2010) montrent que l'abandon de la thérapie est lié à un score plus élevé d'hostilité; Chang et Saunders (2002) montrent que l'abandon est lié à une moins grande propensions à la colère; tandis que Sartin (2004) ne trouve pas de lien avec l'abandon comme tel, mais trouve que la tendance à réprimer sa colère (*anger-in*) est liée à une participation à plus de séances. Il est donc difficile de généraliser ces résultats. Il est ainsi possible que le résultat de la présente étude reflète effectivement l'absence de lien entre les traits de

personnalité colérique et la cessation du suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale.

Consommation d'alcool. Les résultats de la présente étude n'ont pas non plus permis de montrer de lien entre la consommation hebdomadaire d'alcool et le moment de cessation du suivi. Ces résultats sont en lien avec ce que Chang et Saunders (2002) ont trouvé. En fait, en examinant les études recensées par Jewell et Wormith (2010), il semble que ce ne soit pas le nombre de consommations d'alcool par semaine qui soit associé à l'abandon du suivi, mais bien la consommation *abusives* d'alcool. Cependant, comme le rapportent Cadsky et al. (1996), leur mesure autorapportée de « problème d'alcool » ne permet pas de prédire l'abandon, alors que la plus grande quantité d'alcool consommée en une semaine est un bon indicateur de l'abandon. Il est donc possible que dans un suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale, l'abus d'alcool soit associé à une plus grande cessation du suivi, mais que la mesure retenue dans la présente étude (nombre de consommations par semaine) n'ait pas permis pas de mesurer adéquatement la présence d'abus et de vérifier cette hypothèse. Il serait plus juste, lors d'études subséquentes, de formuler une question sur la quantité maximale d'alcool consommée dans l'espace d'une semaine.

Insécurités d'attachement adulte

Une contribution originale de cette étude est l'ajout des deux variables d'insécurité d'attachement adulte, soient l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité (Mikulincer

& Shaver, 2010) pour expliquer la cessation du traitement. Les résultats de la présente étude révèlent que les hommes qui présentent peu d'anxiété d'abandon (peur importante de perdre le partenaire) ou d'évitement de l'intimité (inconfort avec l'intimité émotionnelle, le dévoilement et la dépendance) ont tendance à cesser leur suivi plus rapidement que ceux qui présentent des degrés plus élevés d'anxiété et d'évitement, conformément aux hypothèses de recherche formulées. Plus précisément, les participants qui présentent moins d'évitement de l'intimité cesseront leur suivi de manière précoce ou à court terme et les participants qui présentent une faible anxiété d'abandon cesseront leur suivi à court terme. Ces résultats vont dans le sens de ceux de la thèse doctorale de Medoff (2006) sur des hommes en suivi de groupe de type fermé pour violence conjugale où les participants qui présentent un attachement de type sécurisé abandonnent la thérapie plus fréquemment que ceux qui présentent une ou les deux insécurités d'attachement. Les résultats de la présente étude vont partiellement dans le sens des résultats de l'étude de Fowler, Groat et Ulanday (2013), réalisée auprès d'hommes traités avec un programme partiellement individuel et partiellement en groupe pour une problématique d'abus de substance. Dans le cas de l'étude de Fowler et collègues (2013), l'anxiété d'abandon est associée à une plus grande rétention, mais l'évitement de l'intimité n'est pas lié à la rétention ni à l'abandon du programme.

L'importance d'aborder ces deux facteurs dans une étude sur la violence conjugale est justifiée par le fait que les participants de la population clinique, dont ceux de la présente étude, présentent une répartition dans les différents styles d'attachement

hautement différente de celle retrouvée dans la population générale. Pour l'anxiété d'abandon, la proportion d'hommes qui présentent un style d'attachement préoccupé (anxiété d'abandon élevé, évitement de l'intimité faible) dans l'échantillon retenu pour cette étude (51,3 %) est largement supérieure à celle rencontrée dans la population générale (15 à 20 %; Bartholomew & Horowitz, 1991). Pour l'évitement de l'intimité, les hommes qui présentent un style d'attachement détaché (évitement de l'intimité élevé, anxiété d'abandon faible) dans cette étude (9,6 %) seraient plutôt sous-représentés par rapport à la population générale (15 à 20 %; Bartholomew & Horowitz, 1991). La proportion d'hommes qui présentent un attachement craintif (anxiété et évitement élevés) dans cette étude (14,6 %) apparaît pour sa part similaire à la proportion obtenue dans la population générale (Bartholomew & Horowitz, 1991). Cependant, seuls 21,8 % des participants de la présente étude présentent un attachement sécurisé (anxiété et évitement faibles), alors que dans la population générale, cette proportion serait de 50,0 % (Bartholomew & Horowitz, 1991).

En ce qui concerne l'évitement de l'intimité, le résultat obtenu peut sembler contre-intuitif : l'évitement de l'intimité amoureuse se définit comme un inconfort marqué envers la proximité émotionnelle, le dévoilement de soi ou la dépendance, alors que le contexte thérapeutique suggère le développement d'une certaine intimité (p. ex., Shafer 2010). Les individus qui présentent un évitement de l'intimité tendent à nier leurs besoins d'attachement (p. ex., être aimé, être réconforté) et à éviter le contact avec leur sentiment de vulnérabilité ou de détresse (Mikulincer & Shaver, 2007). Leur difficulté à faire

confiance, à exprimer leurs émotions et à être authentique avec les autres peuvent aussi interférer avec le travail thérapeutique (Wallin, 2007). À cet effet, Smith, Msetfi et Golding (2010) rapportent que l'évitement de l'intimité est lié à une plus faible alliance thérapeutique. Il peut donc sembler étonnant que les cessations précoces et à court terme soient associées à un degré plus faible d'évitement de l'intimité.

Une première piste à explorer pour expliquer ce phénomène serait d'identifier et de comprendre les différences entre une relation thérapeutique, où l'intervenant se montre au service du client, et une relation amoureuse, normalement réciproque, où la perspective de s'attacher et de vivre de la proximité émotionnelle est plus anxiogène et évitée. En ce sens, le caractère asymétrique de la relation thérapeutique pourrait peut-être expliquer que des hommes qui normalement évitent les situations où ils sont appelés à se montrer proches et vulnérables demeurent au contraire plus longtemps en suivi. Les propos recueillis par Darish (2009) lors d'entrevues avec des hommes qui ont complété un suivi individuel pour violence conjugale le suggèrent. Un des participants interviewés révèle qu'il sentait pouvoir dire à son psychologue ce qu'il ne pouvait pas dire ailleurs. De plus, la recherche tend à montrer que les personnes qui présentent un fort évitement de l'intimité ont du mal à demander ou à recevoir du soutien en contexte amoureux, mais qu'un niveau très élevé de soutien de la part de leur partenaire peut les apaiser (Girme, Overall, Simpson, & Fletcher, 2015). Il est permis de supposer que la relation thérapeutique, dans un suivi individuel ouvert, avec un thérapeute possédant de bonnes habiletés d'empathie et étant très disponible pour le client, soit vécue comme une relation intime avec beaucoup

de soutien, ce qui expliquerait la tendance des participants qui présentent davantage d'évitement de l'intimité à demeurer en suivi plus longtemps.

Selon Wallin (2007), les adultes au style détaché (évitement élevé) montrent souvent de la résistance, de l'hésitation et un faible engagement en début de thérapie, en raison de leur crainte de l'intimité et de la dépendance. Ils traitent parfois le thérapeute comme si celui-ci avait peu à leur offrir ou représentait une menace, en raison de leurs représentations d'attachement des autres qui sont négatives (Wallin, 2007). Puisqu'ils font difficilement confiance, le développement de l'alliance thérapeutique peut prendre plus de temps qu'en l'absence d'évitement de l'intimité, ce qui pourrait également contribuer à une plus longue durée de suivi.

Une autre piste d'explication pourrait être que les hommes qui évitent l'intimité prennent plus de temps à reconnaître leurs gestes comme étant de la violence, en raison des stratégies de minimisation et de déni typiques de cette insécurité d'attachement (Mikulincer & Shaver, 2007). Cette plus grande difficulté à reconnaître leurs gestes comme étant inacceptables et blessants pour les autres pourrait résulter en une plus longue durée de suivi. Des recherches supplémentaires semblent nécessaires pour appuyer ces pistes d'explication.

Les hommes qui présentent des degrés plus élevés d'anxiété d'abandon possèdent une vision négative d'eux-mêmes, mais positive de l'autre (Goodall, 2015). Ils sont

constamment à la recherche d’approbation et de validation de la part de leurs figures d’attachement (p. ex., parents, conjointe, thérapeute). Ainsi, ces hommes pourraient chercher l’approbation et vouloir plaire à leur intervenant, ce qui pourrait expliquer leur plus grande assiduité à leur suivi. Dans le même esprit, les hommes qui présentent de l’anxiété d’abandon peuvent craindre davantage d’être quittés par leur conjointe (actuelle ou future) s’ils ne règlent pas leur problème de violence, ce qui expliquerait peut-être une plus grande assiduité envers leur traitement.

Une autre piste d’explication à considérer serait le fait qu’un attachement de style anxieux est associé à l’émission de violence conjugale (p. ex., Dutton & White, 2012; Follingstad, Bradley, Helff, & Laughlin, 2002). Les participants qui présentent un attachement de style anxieux ont généralement du mal à gérer leurs émotions et présentent une importante détresse. Cette détresse pourrait les amener à commettre des gestes de violence auprès de leur conjointe. En contexte thérapeutique individuel, un intervenant qui montre de l’empathie pour le client et pour la détresse qu’il vit pourrait encourager le client à demeurer plus longtemps en suivi afin de lui enseigner de nouvelles modalités de gestion de cette détresse.

Par rapport aux deux types d’insécurité d’attachement, la thèse doctorale portant sur un échantillon clinique d’hommes en suivi de groupe pour violence conjugale de Medoff (2006) peut être citée comme la seule autre étude recensée qui aurait mis en lien ces insécurités et l’abandon d’un suivi pour violence conjugale. Il a lui aussi trouvé que les

participants qui présentent peu d'anxiété d'abandon et d'évitement de l'intimité ont tendance à abandonner plus rapidement leur suivi. Il propose pour explication que les gens avec un style d'attachement sécurisé (faibles degrés d'évitement et d'anxiété), ayant une vision positive d'eux-mêmes et d'autrui, auraient plus de mal à tolérer d'être identifiés comme « agresseurs » et abandonneraient plus rapidement un suivi où ils seraient confrontés à cette vision d'eux-mêmes que ceux qui présentent davantage d'insécurité d'attachement. Une seconde possibilité proposée par Medoff (2006) serait que les hommes qui présentent un style d'attachement sécurisé ont une tendance générale à vivre moins de dysphorie : leur souffrance face aux accusations dont ils sont la cible pourrait n'être pas suffisante pour motiver une démarche visant un changement de comportement.

Enfin, deux hypothèses alternatives concernant le fait que les participants qui présentent un attachement sécurisé demeurent moins longtemps en suivi méritent d'être formulées. Premièrement, il est possible que la sécurité d'attachement soit reliée à une relation thérapeutique qui favorise un meilleur travail thérapeutique (p. ex., meilleure alliance thérapeutique; Taylor et al., 2015), ce qui expliquerait que les objectifs sont atteints plus rapidement et que le suivi est moins long. Deuxièmement, il est possible que la sécurité d'attachement soit liée à une plus faible émission de gestes de violence conjugale et que celle-ci soit moins sévère (p. ex., Buck et al., 2012), ce qui pourrait contribuer à rencontrer les objectifs thérapeutiques plus rapidement.

Retombées scientifiques et cliniques

Retombées scientifiques

Il est possible de dégager plusieurs retombées de la présente étude. D'abord, Murphy et Meis (2008) soulignaient l'importance de développer et d'évaluer des programmes de traitement en format individuel pour hommes auteurs de violence conjugale, en comparaison à la masse d'études conduites pour le traitement de groupe de la violence conjugale masculine. La présente étude permet donc de répondre à ces recommandations et constitue la première, parmi les études recensées, à documenter les facteurs de risque de la cessation du suivi thérapeutique *individuel de type ouvert* chez les hommes auteurs de violence conjugale. La présente étude comble donc une lacune dans les écrits en documentant les facteurs de cessation du suivi propres au traitement de type individuel et ouvert et ouvre la voie aux prochaines études sur le sujet.

Parmi les autres retombées scientifiques de la présente étude, il importe de mentionner l'utilisation d'une approche statistique novatrice, soit l'analyse de régression de survie. Cette approche a en effet été peu utilisée pour étudier l'abandon d'un suivi de groupe de type fermé pour violence conjugale, à l'exception notable de Rooney et Hanson (2001). Or, cette stratégie d'analyse permet d'identifier des moments-clés dans la cessation du suivi (précoce, court et moyen terme), plutôt que de se limiter à une simple variable dichotomique qui divise de manière plutôt arbitraire les participants qui ont complété et abandonné leur suivi. De plus en plus d'études sur l'abandon d'un suivi de groupe de type fermé pour violence conjugale tendent à proposer de distinguer les abandons précoces (la plupart du temps, au cours de la période d'évaluation; p. ex.,

Hamberger et al., 2000) des abandons tardifs (p. ex., au cours du traitement de groupe). Dans le cas d'une étude sur un suivi de type ouvert, il devient impératif d'utiliser une méthode qui permet de statistiquement identifier ces moments-clés. L'analyse de régression de survie a permis non seulement d'identifier ces moments-clés, mais aussi de documenter les facteurs de risque associés à la cessation du traitement à chacun de ces moments-clés, ce qui constitue une seconde contribution originale de la présente étude.

Enfin, une importante contribution scientifique de cette étude est de documenter les insécurités d'attachement comme nouveau facteur qui prédit la cessation du traitement individuel ouvert, au-delà d'un nombre important de facteurs identifiés dans les études précédentes sur les suivis de groupe. En effet, seule la thèse doctorale de Medoff (2006) avait étudié le lien possible entre l'attachement et l'abandon d'un suivi de groupe de type fermé pour violence conjugale, en incluant quatre autres variables. Cependant, la présente étude a permis de montrer la contribution des insécurités d'attachement au-delà de dix autres prédicteurs, en contrôlant pour l'hétéroduperie et auprès d'un échantillon clinique deux fois plus grand. Il apparaît que les insécurités d'attachement ressortent au-delà de facteurs documentés, ce qui justifie leur inclusion dans les futurs modèles de prédiction de l'abandon thérapeutique. Dans un autre contexte, Mondor et ses collègues (2013) ont montré que l'insécurité d'attachement est liée à l'abandon d'un suivi en thérapie de couple. Wallin (2007) a proposé que les insécurités d'attachement peuvent interférer avec la psychothérapie, tandis que Bond et Bond (2004) ont trouvé que les deux insécurités d'attachement sont liées à l'émission de violence conjugale chez les deux partenaires. Les

résultats de ces études renforcent la pertinence d'étudier les variables propres à l'attachement, comme l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité, dans le cadre d'une étude sur la cessation d'un suivi pour violence conjugale.

Retombées cliniques

Au niveau clinique, cette étude sur les déterminants de la cessation d'un suivi individuel de type ouvert pour hommes auteurs de violence conjugale présente des éléments de réflexion sur les facteurs auxquels les cliniciens intervenant auprès de cette clientèle pourraient porter attention afin d'ajuster leur plan d'intervention et tenter de favoriser la rétention des clients en suivi. En effet, comme Murphy et Meis (2008) l'indiquent, un traitement individuel peut être davantage adapté aux besoins particuliers du client, en comparaison avec un traitement standardisé en format de groupe. Ainsi, quelques recommandations à l'attention des intervenants auprès de cette clientèle peuvent être formulées.

D'une part, les résultats liés au premier objectif de cette thèse révèle aux intervenants avec cette clientèle l'importance d'être particulièrement attentifs aux trois moments-clés où la cessation est plus probable, soit après 2 séances (cessation précoce), 4 à 6 séances (cessation à court terme) et après 12 séances (cessation à moyen terme). En effet, les résultats de cette étude invitent l'intervenant à considérer la motivation du client à poursuivre son suivi individuel de type ouvert à chacun de ces moments-clés.

D'autre part, les résultats de la présente étude témoignent de l'importance, pour les cliniciens, de bien évaluer les hommes émetteurs de violence conjugale en début de suivi, en particulier au niveau des caractéristiques sociodémographiques (p. ex., scolarité, occupation, âge), de la source de référence à l'organisme, de la nature et la fréquence des gestes de violence conjugale émise (physique et psychologique) ainsi que des insécurités d'attachement (anxiété, évitement). L'utilisation de questionnaires standardisés en début de suivi peut représenter une approche efficace pour avoir accès à ces informations (Helfritz et al., 2006), qui se sont avérées liées à la cessation du suivi, et de proposer des interventions ajustées au profil des clients.

Plus précisément, les intervenants sont invités à rapidement porter un regard attentif aux hommes qui n'ont pas complété d'études post-secondaires, qui n'ont pas d'occupation stable, qui consultent sous ordre de la Cour ou de la DPJ et qui présentent des degrés plus faibles d'évitement de l'intimité. En effet, il semble que ces clients soient les plus susceptibles de cesser de façon précoce (dans les trois premières séances) la thérapie individuelle pour violence conjugale. À court terme (4^e – 6^e séance), les cliniciens peuvent également être sensibles à la présence d'une faible anxiété d'abandon et à l'effet inverse de la scolarité (études post-secondaires), ces deux variables étant plutôt associées à une cessation à court terme du suivi.

Il est intéressant de noter que plus des deux tiers des hommes qui consultent pour violence conjugale dans le présent échantillon présentent une forte anxiété d'abandon

(styles d'attachement préoccupé et craintif). Ces participants ont tendance à présenter de manière excessive leur détresse en contexte de thérapie (Wallin, 2007). Il est permis de croire qu'il est plus difficile pour les intervenants qui travaillent avec cette clientèle de bien lire la détresse de leurs clients, si celle-ci est présentée avec moins de gravité, comme pour les participants qui présentent peu d'anxiété d'abandon. Une recommandation pour les intervenants serait alors de les inviter à être plus attentifs aux signes de détresse présentés par leurs clients qui présentent peu d'anxiété d'abandon et qui se montrent plus subtils dans leur démonstration de détresse.

Par rapport à la complétion d'études post-secondaires et à l'absence d'occupation, le thérapeute est invité à être sensible aux différences clients-thérapeutes perçues par les clients : les clients qui présentent ces caractéristiques semblent avoir moins de similarités avec leur thérapeute (p. ex., formation universitaire de 2^e ou de 3^e cycle, occupation stable), ce qui serait lié à un moins haut niveau de confiance, de respect et d'affinité dans la dyade thérapeutique (Taber, Leibert, & Agaskar, 2011). Il semble donc que les thérapeutes soient tout d'abord invités à expliquer simplement et clairement ce qu'est la thérapie à cette clientèle qui pourrait moins bien comprendre ce que ça implique et ce que ça peut apporter de s'engager dans un suivi individuel ouvert pour violence conjugale. De plus, les intervenants sont invités à déployer davantage d'efforts pour créer et développer le lien thérapeutique avec ces clients, afin de pallier au possible manque d'affinités naturelles. Des stratégies de motivation pourraient être particulièrement à propos avec cette clientèle, afin de favoriser leur motivation et leur engagement envers le traitement.

Murphy et ses collègues (Murphy & Meis, 2008; Musser, Semiatin, Taft, & Murphy, 2008) recommandent, tant pour les thérapies de groupe que pour le format individuel pour hommes auteurs de violence conjugale, l'utilisation de l'approche motivationnelle. Cette approche, développée par Miller et Rollnick (1991, 2002), vise à développer un climat de collaboration avec le client, notamment en créant une « atmosphère interpersonnelle positive qui favorise le changement sans le forcer » (Miller & Rollnick, 2002, p. 34). Pour une clientèle qui tend à abandonner rapidement son suivi, particulièrement pour les clients qui consultent en contexte non-volontaire, cette approche qui permet de développer en d'entretenir la disponibilité (*readiness*) au changement semble très appropriée.

De plus, en ce qui a trait à l'insécurité d'attachement ou au fait de consulter selon une ordonnance de la Cour/DPJ, une attention particulière à la préservation de l'estime de soi du client est conseillée. Comme le suggère Medoff (2006) dans sa thèse doctorale sur l'abandon d'un suivi de groupe pour hommes auteurs de violence conjugale, les hommes présentant un style d'attachement sécurisé (c.-à-d., faibles anxiété et évitement) pourraient être plus sensibles à l'humiliation de se retrouver en suivi thérapeutique, surtout si au cours du suivi le client est confronté à la culpabilité et à la honte d'avoir commis des actes répréhensibles de violence physique ou psychologique envers sa conjointe. Les intervenants pourraient favoriser la rétention de ces clients en portant une attention particulière aux membres de ce sous-groupe, notamment en explorant et en validant les sentiments de honte ou d'humiliation liés au fait de se retrouver dans le rôle de l'agresseur, voire d'être contraints par la Cour ou la DPJ de consulter pour une telle problématique.

Enfin, trois facteurs sont importants à considérer par les cliniciens pour la cessation à moyen terme du suivi thérapeutique : le jeune âge des clients, la complétion d'études post-secondaires et un nombre plus faible d'actes de violence psychologique émis dans l'année précédant le suivi. Bien que les études conduites en contexte de thérapie de groupe suggèrent que le jeune âge des clients soit associé à l'abandon, il semble que, selon la présente étude, l'âge ne soit pas associé à une cessation précoce ou à court terme, mais plutôt à moyen terme. Il est possible qu'après 10 séances, les hommes plus jeunes aient l'impression d'avoir complété leur suivi et d'avoir rencontré leurs objectifs. En revanche, il est possible que les intervenants aient pour leur part l'impression que ce suivi n'est pas terminé. Auquel cas une recommandation pour les intervenants serait de systématiquement procéder à une réévaluation des objectifs thérapeutiques (ou séance bilan des acquis et pistes de travail) avec leurs jeunes clients, et ce, peu de temps avant la 10^e rencontre. Ceci pourrait permettre de vérifier l'atteinte des objectifs, d'identifier les éléments qui doivent toujours être travaillés et potentiellement prévenir une cessation du suivi que le thérapeute trouverait trop rapide. Cette recommandation peut également s'appliquer aux clients qui possèdent une scolarité post-secondaire.

Il apparaît que les participants qui affirment avoir posé moins d'actes de violence psychologique demeurent moins longtemps en suivi. Deux hypothèses alternatives ont été posées. Si un dévoilement d'un plus grand nombre d'actes de violence psychologique signifie une plus grande émission de violence psychologique, il importe d'offrir un suivi

plus long, comme cela semble être le cas actuellement. Autrement, le dévoilement d'un moins grand nombre d'actes de violence psychologique peut signifier une minimisation ou un déni des gestes posés. Ces comportements seraient possiblement des indicateurs du stade de précontemplation (Levesque, Driskell, Prochaska, & Prochaska, 2008; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), un « stade où il n'y a pas d'intention de changer son comportement dans un proche futur [et où plusieurs clients] ne sont pas ou guère conscients de leurs problèmes » (Prochaska et al., 1992). L'intervenant de ces clients est invité à accompagner le client dans la reconnaissance de la gravité des gestes posés et dans le développement d'une motivation personnelle à changer. À nouveau, les techniques d'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2002) pourraient s'avérer indiquées.

Forces, limites et pistes de recherche future

Cette étude comporte plusieurs forces dignes de mention. Premièrement, elle comprend un vaste échantillon d'hommes qui consultent en violence conjugale : avec plus de 200 participants d'une population clinique, cette étude comprend un plus grand échantillon que la majorité des études sur l'abandon d'un suivi de groupe de type fermé pour violence conjugale recensées par Jewell et Wormith (2010). Cette forte taille d'échantillon, combinée à un nombre relativement limité de facteurs, permet d'obtenir une bonne puissance statistique (c.-à-d., une capacité à statistiquement détecter des facteurs de prédiction de la cessation du suivi et une réduction de l'erreur de type II).

Cette étude comporte un échantillon d'hommes Canadiens français. La méta-analyse réalisée par Jewell et Wormith (2010) n'était constitué que d'un dixième d'étude canadienne et une seule d'entre elles étaient canadienne française. Or, les résultats de la présente étude appuient la pertinence d'étudier les prédicteurs de l'abandon spécifiquement pour la population Canadienne française.

Une autre force que comporte cette étude est l'utilisation d'un devis de recherche longitudinal de type prospectif. En effet, les données sur les facteurs de prédiction étant recueillies avant le début du suivi, il devient possible d'identifier des prédicteurs de la cessation du suivi, sans que ceux-ci soient biaisés ou modifiés lors du suivi. Un plan de recherche longitudinal de type prospectif devient aussi particulièrement pertinent lors d'études sur l'attachement, où le biais de rappel (c.-à-d., se souvenir rétrospectivement de ses représentations d'attachement) peut être plus grand (Kirkpatrick & Hazan, 1994).

Cette étude contrôle l'effet simultané de la désirabilité sociale (ici, l'hétéroduperie) et de 12 facteurs de l'abandon du traitement, ce que très peu de chercheurs ont fait à ce jour. En effet, malgré une forte association entre la violence conjugale et le phénomène de désirabilité sociale lors de la complétion de questionnaires auto-rapportés (Freeman et al., 2015), il semble que seules 7 des 30 études recensées dans la méta-analyse de Jewell et Wormith (2010) aient inclus une mesure de désirabilité sociale (Bowen & Gilchrist, 2006; Buttell & Carney, 2002, 2008; Chang & Saunders, 2002; Hamberger et al., 2000; Rondeau et al., 2001; Sartin, 2004). Parmi ces études, seule celle de Buttell et Carney

(2002) portait sur un moins grand nombre de variables, bien que la moitié comportait un échantillon plus petit ou équivalent à celui utilisé dans cette étude. Un trop grand nombre de variables étudiées à l'aide d'un trop petit échantillon contribue à augmenter l'erreur de type II, ce que la présente étude a permis de minimiser. Par ailleurs, l'utilisation d'une mesure de désirabilité sociale permet de diminuer le biais lié à l'utilisation exclusive de questionnaires autorapportés pour mesurer les prédicteurs de la cessation d'un suivi individuel ouvert pour violence conjugale.

Les résultats de cette étude s'appuient de plus sur une rigoureuse stratégie d'analyse statistique sophistiquée que peu d'études sur l'abandon d'un suivi de groupe de type fermé pour violence conjugale ont utilisée. L'analyse de régression de survie permettait de tenir compte de 12 facteurs simultanément, en contrôlant l'effet de ces facteurs, ce qui permet d'obtenir des effets robustes. De plus, l'inclusion simultanée de tous ces facteurs dans une seule analyse permet de réduire l'erreur de type I, contrairement à certaines études antérieures sur l'abandon d'un suivi de groupe de type ouvert pour violence conjugale qui ont répété certains tests pour chacun des différents facteurs.

Une autre force qui mérite d'être mentionnée est l'utilisation de questionnaires validés en combinaison avec une mesure objective de cessation du suivi, soit le nombre de séances complétées. En effet, tous les questionnaires qui ont été utilisés dans cette étude avait fait l'objet d'études de validation dans leur langue originale et dans leur version francophone par la suite, pour les questionnaires traduits. Ainsi, les résultats de cette étude

se basent sur des questionnaires fidèles et valides afin de prédire une mesure objective, plutôt que subjective ou arbitraire, de la cessation du suivi. Les qualités psychométriques permettent en partie de compenser l'utilisation exclusive de questionnaires autorapportés pour mesurer les prédicteurs de la cessation d'un suivi individuel ouvert pour violence conjugale.

Enfin, il convient d'ajouter que cette recherche a été réalisée en milieu clinique naturel et sans intervention de la part des chercheurs, outre la passation des questionnaires par le biais des intervenants en début de suivi. Cette force permet une plus grande validité externe des résultats, ce qui augmente la capacité à généraliser les résultats.

Toutefois, une des principales limites méthodologiques de cette étude est le fait qu'il soit impossible de déterminer pour quelle raison les participants ont mis fin à leur suivi. Certains ont abandonné par manque d'intérêt, d'autres ont pu déménager, perdre leur emploi, être incarcérés, tandis que certains ont cessé le suivi après avoir clairement atteint les objectifs thérapeutiques. Le modèle de l'analyse de survie suppose que ces informations soient connues : que les « pertes » de participants (p. ex., déménagement du participant) qui ne sont pas liées à l'abandon du suivi soient censurées et non considérées comme des abandons, comme c'était le cas dans cette étude. L'inclusion de ces informations aurait permis d'augmenter la puissance du test. Dans le cas présent, la confusion inévitable entre les abandons réels et les départs liés à d'autres raisons a probablement eu un effet sur les résultats qui ne peut être évalué. Plus précisément, c'est

le respect d'un des postulats de l'analyse de survie qui ne peut être vérifié, ce qui a pour effet de limiter la validité statistique des résultats. Dans une future étude, il serait pertinent de recueillir, autant de la part du clinicien que de celle du client, les raisons qui ont motivé la cessation du suivi. En effet, il est probable que le client et le thérapeute ne s'entendent pas sur le motif de la cessation du suivi, donc il serait utile d'avoir accès à ces deux sources d'information.

L'utilisation du nombre de séances complétées avant la cessation du suivi présente une seconde limite. En effet, d'un point de vue clinique, le nombre de séances complétées n'est pas nécessairement synonyme d'efficacité thérapeutique, particulièrement dans le cas d'un suivi en format ouvert : pour ce type de suivi basé sur les besoins particuliers du client, il n'est pas possible de déterminer un nombre de séances minimal à partir duquel le client aurait « complété » son suivi. En ce sens, il est possible que certains suivis terminés rapidement aient pris fin parce que le participant et l'intervenant ont jugé que les objectifs étaient atteints. À nouveau, l'inclusion de la raison de la cessation du suivi permettrait de contourner cette lacune et aurait permis de prédire le succès de la thérapie plutôt que les moments de la cessation, ce qui peut être une autre variable d'intérêt.

D'autre part, les données pour cette étude, à l'exception du nombre de séances complétées, n'ont été mesurées qu'à un seul moment, soit avant le début du suivi. De possibles changements au niveau de ces variables (p. ex., l'état civil ou la consommation hebdomadaire d'alcool) ont pu avoir lieu en cours de suivi, sans qu'il soit possible de les

mesurer, selon le devis actuel. Le manque de connaissances sur ces possibles changements constitue une seconde limite par rapport au modèle postulé par la régression de Cox (analyse de survie). Afin de corriger cette limite, une réévaluation des données susceptibles de changer au cours du suivi pourrait être prévue et mise en place lors des études futures.

Une autre limite de cette étude est liée à la généralisation de ses résultats. Les résultats obtenus dans la présente étude s'appuient sur des données recueillies sur une période de six ans auprès de la clientèle d'un seul organisme communautaire de la région de l'Estrie, au Québec, venant en aide aux hommes auteurs de violence conjugale. Il n'est donc pas possible de généraliser ces résultats à l'ensemble des hommes qui présentent une problématique de violence conjugale ni même à ceux qui consultent en suivi individuel de type ouvert. Il conviendrait donc de conduire des études similaires à partir d'échantillons prélevés auprès d'autres milieux, de manière à comparer les résultats et les nuancer.

Une autre limite à la généralisation vient du fait que 31 % de l'échantillon initial a été retiré de l'étude, n'ayant pas répondu à tous les items des questionnaires ($n = 97$). Il est possible que l'inclusion de cette portion de l'échantillon initial ait conduit à l'obtention de résultats différents, ce qui limite la possibilité de généraliser ces résultats. Cependant, la portée de cette limite est atténuée par la conduite d'analyses préliminaires qui ont

montré que ces participants exclus ne différaient pas significativement des participants inclus dans l'échantillon final.

L'échantillon utilisé lors de la présente étude n'est possiblement pas représentatif de la population d'hommes qui consultent pour des problèmes de violence conjugale en termes d'ethnicité. En effet, des observations cliniques tendent à montrer qu'une forte proportion d'hommes d'autres ethnicités que caucasienne consultent des organismes canadiens de suivis pour violence conjugale, alors que pour la présente étude, moins d'un participant sur 20 était d'une origine autre que Canadienne française. Or, puisque l'ethnicité s'avère un prédicteur stable de l'abandon (Jewell & Wormith, 2010), il serait pertinent de déployer de plus grands efforts pour rejoindre cette population minoritaire ethnique qui consulte, mais qui semble sous-représentée dans la présente étude.

Au niveau statistique, Tabachnick et Fidell (2007) mentionnent comme postulat pour l'analyse de régression de Cox que l'effet des facteurs doit être le même tout au long de l'étude (postulat d'absence d'interaction temporelle avec les covariables). Elles fournissent une méthode afin de corriger cette interaction, si elle est présente. Or, pour certaines covariables, il semble que la correction suggérée par Tabachnick et Fidell (2007) n'ait permis que d'atténuer l'effet des interactions détectées par l'analyse. Puisque ces effets d'interaction entre certains facteurs (scolarité, occupation, ordre de la Cour, anxiété d'abandon) et le temps n'ont pas été complètement éliminés, il est suggéré de conserver une certaine prudence dans l'interprétation de ces résultats.

Par ailleurs, les résultats de l'analyse de survie montrent que les facteurs identifiés comme permettant de prédire la cessation du suivi n'expliquent qu'une partie de la variance : il en existe d'autres qui n'ont pas pu être mesurés, compte tenu du devis de recherche de cette étude. En effet, le nombre de séances complétées a été mis en relation avec des variables intrapersonnelles de l'homme mesurées avant le début du suivi. Cette recherche ne tient donc pas compte du processus et des expériences, positives et négatives, qu'ont pu vivre les participants dans leur lien avec l'intervenant lors de leur suivi. Par exemple, Kennedy (2000) a trouvé qu'une bonne alliance thérapeutique permettait de prédire un moins haut risque d'abandon. Il serait fort intéressant, dans une recherche future, de se pencher sur ces expériences vécues en suivi (ou facteurs liés à la relation thérapeutique), afin d'identifier d'autres facteurs permettant d'expliquer la poursuite ou l'abandon d'un suivi individuel ouvert pour violence conjugale. Ainsi, une recherche de type qualitatif basée sur des entrevues réalisées auprès d'hommes en suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale pourrait permettre l'identification de nouveaux facteurs et enrichir la compréhension actuelle du phénomène de cessation du suivi.

Une autre piste de recherche future s'appuie sur la pertinence d'évaluer les insécurités d'attachement, en lien avec la poursuite d'un suivi pour violence conjugale. En effet, bien que d'autres recherches (p. ex., Mondor et al., 2013) montrent que l'anxiété d'abandon, une des deux insécurités d'attachement, prédit l'abandon d'un suivi conjugal, dans la présente étude, l'anxiété d'abandon prédit une plus longue poursuite du suivi individuel.

Une autre étude (Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie, & Balfour, 2004) montre que l'évitement de l'intimité prédit l'abandon d'un suivi pour des femmes souffrant d'anorexie, alors que l'évitement de l'intimité semble prédire une plus longue poursuite du suivi chez les hommes en suivi individuel pour violence conjugale. Les hypothèses proposées pour tenter d'expliquer ces différences entre l'effet prédictif des deux insécurités d'attachement pour les suivis individuels ouverts pour violence conjugale mériteraient d'être étudiées pour mieux comprendre en quoi les représentations de l'attachement sont en jeu lors d'un processus thérapeutique. Par exemple, il est possible, comme le mentionne Wallin (2007), que ces représentations soient modifiées, au cours du suivi. Auquel cas, il serait intéressant de mesurer les insécurités d'attachement après un certain nombre de séances et idéalement à la fin du suivi, afin de vérifier l'évolution de telles insécurités au cours du suivi.

La méta-analyse de Jewell et Wormtith (2010) a présenté certaines variables qui étaient des prédictifs stables de l'abandon d'un traitement en groupe fermé pour violence conjugale (l'origine ethnique et la consommation de drogue) ou qui s'avèrent pertinentes dans l'étude de la violence conjugale (p. ex., le fait d'avoir subi un abus sexuel à l'enfance; voir Brassard et al., 2014). Ces variables n'ont pas été retenues dans la présente étude, mais leur effet sur le moment de cessation d'un suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale mériterait d'être étudié dans une recherche future.

Un certain nombre de variables ont été proposées pour expliquer les résultats trouvés lors de la présente étude. Le moment de cessation du suivi pourrait être étudié en incluant ces variables : les attentes des clients face aux habiletés du thérapeute et face à leur propre implication dans leur processus, le lieu de contrôle (externe ou interne) ainsi que les types de motivation (extrinsèque et intrinsèque) à être en suivi, incluant le sens des responsabilités des clients et les conséquences négatives vécues par ceux-ci en lien avec leurs gestes de violence conjugale, un tarif fixe ou ajusté au revenu, la consommation maximale d'alcool en une semaine (plutôt que la consommation hebdomadaire moyenne) et les différentes caractéristiques qui ont été associées aux deux insécurités d'attachement (p. ex., reconnaissance plus difficile des difficultés, plus grande difficulté à faire confiance, l'empathie du thérapeute telle que perçue par les clients, notamment ceux qui présentent une forte anxiété d'abandon).

Enfin, cette étude a montré des liens entre certaines covariables et des moments de cessation d'un suivi individuel de type ouvert. Comme mentionné plus haut, le nombre de séances complétées n'est pas nécessairement synonyme d'efficacité thérapeutique. En ce sens, dans une étude future, il serait pertinent de s'intéresser aux gains thérapeutiques, tant en lien avec la durée du suivi individuel ouvert et qu'avec les covariables qui ont été retenues lors de la présente étude.

Conclusion

Le but de cette recherche était d'évaluer de manière prospective les déterminants de la cessation d'un suivi individuel de type ouvert pour la violence conjugale chez les hommes auteurs de violence conjugale. Pour ce faire, les moments-clé liés à la cessation du suivi de 206 participants ont été dégagés et les facteurs liés à ces moments-clés ont été déterminés. Les facteurs qui ont été évalués sont l'âge, le fait d'avoir complété des études postsecondaires, le revenu annuel brut, le fait d'avoir une occupation stable, le fait d'être en relation de cohabitation (mariés ou conjoints de fait) ou non, le fait de consulter sous ordre de la Cour/DPJ ou non, les gestes émis de violence physique et psychologique, le trait de personnalité colérique, la consommation hebdomadaire d'alcool, l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon. L'hétéroduperie, une forme de désirabilité sociale, a été utilisée comme variable contrôle.

Les résultats de l'étude ont révélé trois moments-clés où la cessation du suivi thérapeutique est la plus probable, soient les cessations précoces (1 ou 2 séances), les cessations à court terme (4 à 6 séances) et les cessations à moyen terme (8 à 13 séances). De plus, différents facteurs parmi ceux qui ont été évalués ont pu être associés à ces moments-clés. En effet, l'âge, le fait d'avoir complété des études postsecondaires, le fait d'avoir une occupation stable, le fait de consulter sous ordre de la Cour/DPJ ou non, la violence psychologique émise, l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon ont été liés

à un ou à des moments-clés de cessation du suivi. Les clients plus jeunes ont davantage tendance à cesser leur suivi à moyen terme (12^e séance). Les participants qui n'ont pas complété d'études post-secondaires ont davantage tendance à cesser leur suivi de façon précoce, alors que ceux qui ont complété des études post-secondaires ont davantage tendance à cesser leur suivi à court ou à moyen terme. Les participants qui n'ont pas d'occupation stable ont davantage tendance à cesser leur suivi de manière précoce. Les participants qui consultent sous ordonnance de la Cour ou de la DPJ ont davantage tendance à cesser leur suivi de manière précoce. Les participants qui reconnaissent avoir commis moins de gestes de violence psychologique ont davantage tendance à cesser leur suivi à moyen terme. Les participants qui présentent moins d'évitement de l'intimité ont davantage tendance à cesser leur suivi de manière précoce et à court terme. Les participants qui présentent moins d'anxiété d'abandon ont davantage tendance à cesser leur suivi à court terme.

Sur le plan clinique, ces résultats suggèrent aux cliniciens de tenir compte de trois moments où la cessation du suivi par leur client est la plus fréquente, soit après la première ou la deuxième rencontre, après la cinquième rencontre et autour de la dixième rencontre. Les intervenants auprès des clients qui présentent des caractéristiques différentes d'eux (plus jeunes, moins scolarisés, n'ayant pas une occupation stable) sont invités à se montrer sensibles à l'effet perçu par les clients de ces différences. De plus, une explication claire des implications et des retombées d'une thérapie individuelle pourrait permettre une meilleure rétention des clients en thérapie. Enfin, par rapport à l'anxiété d'abandon,

l'intervenant est invité à être particulièrement attentif aux signaux de détresse plus subtils lorsque présentés par des individus qui présentent peu d'anxiété d'abandon.

Cette recherche semble être la première à étudier les facteurs de prédiction de la cessation d'un suivi individuel de type ouvert pour violence conjugale, ce qui souligne l'originalité de la présente recherche. Par ailleurs, avec un peu plus de 200 participants en milieu clinique et majoritairement d'origine Canadienne française, cette étude contribue à plusieurs niveaux à l'avancement des connaissances dans la recherche sur le traitement des hommes auteurs de violence conjugale au Québec.

L'évaluation des insécurités d'attachement en lien avec la cessation du suivi apparaît hautement pertinente et s'avère une contribution originale : seule une autre thèse doctorale avait évalué le lien entre les styles d'attachement et l'abandon thérapeutique d'un programme pour hommes auteurs de violence conjugale. Il semble donc que dans le futur, les études sur la cessation ou sur l'abandon d'un suivi pour violence conjugale auraient avantage à inclure ces variables.

Enfin, il apparaît encore pertinent de se pencher sur les déterminants de la cessation d'un suivi pour violence conjugale, que ce suivi soit individuel ou en groupe, de type ouvert ou fermé. En effet, la violence conjugale continue de sévir dans les familles du Québec et d'ailleurs et la thérapie constitue un moyen efficace pour diminuer les gestes de violence conjugale, à condition que le client demeure en suivi. Et comme les facteurs

qui expliquent le fait qu'il demeure en suivi ou qu'il cesse son suivi n'expliquent qu'une partie du phénomène, il reste un certain travail à faire afin de trouver d'autres motifs qui pourraient expliquer la cessation du suivi, au-delà de ce qui est déjà connu.

Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd., texte révisé.). doi :10.1176/appi.books.9780890423349
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood : A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480. doi : 10.1037/0003-066X.55.5.469
- Austin, J., & Dankwort, J. (1999). Standards for batterer programs : A review and analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 152-168. doi : 10.1177/088626099014002004
- Babcock, J. C., & Steiner, R. (1999). The relationship between treatment, incarceration, and recidivism of battering : A program evaluation of Seattle's Coordinated Community Response to Domestic Violence. *Journal of Family Psychology*, 13, 46-59. doi : 10.1037/0893-3200.13.1.46
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytical review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053. doi :10.1016/j.cpr.2002.07.001
- Barber, S. J., & Wright, E. M. (2010). Predictors of completion in a batterer treatment program : The effects of referral source supervision. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 847-859. doi : 10.1177/0093854810367771
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults : A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Beldin, K. L. (2008). *Social information processing, program completion, and recidivism : One court's referrals to a batterer intervention program* (these de doctorat inédite). Case Western Reserve University, Cleveland, OH.
- Bennett, L. W., Stoops, C., Call, C., & Flett, H. (2007). Program completion and re-arrest in a batterer intervention system. *Research on Social Work Practice*, 17, 42-54. doi : 10.1177/1049731506293729
- Birkley, E. L., & Eckhardt, C. I. (2015). Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 40-56. doi :10.1016/j.cpr.2015.01.002

- Bond, S. B., & Bond, M. (2004). Attachment styles and violence within couples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 857-863. doi : 10.1097/01.nmd.0000146879.33957.ec
- Bookwala, J., & Zdaniuk, B. (1998). Adult attachment styles and aggressive behavior within dating relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 175–190.
- Bowen, E., & Gilchrist, E. (2006). Predicting dropout of court-mandated treatment in a British sample of domestic violence offenders. *Psychology, Crime & Law*, 12, 573-587. doi : 10.1080/10683160500337659
- Brassard, A., Darveau, V., Pélouin, K., Lussier, Y., & Shaver, P. R. (2014). Childhood sexual abuse and intimate partner violence in a clinical sample of men : The mediating roles of adult attachment and anger management, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23, 683-704. doi : 10.1080/10926771.2014.933464
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment : An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York : Guilford Press.
- Brenner, H. (2013). Transcending the criminal law's "one size fits all" response to domestic violence. *William & Mary Journal of Women & the Law*, 19, 301-351.
- Brodeur, N., Rondeau, G., Brochu, S., Lindsay, J., & Phelps, J. (2008). Does the transtheoretical model predict attrition in domestic violence treatment programs? *Violence and Victims*, 23, 493-507. doi : 10.1891/0886-6708.23.4.493
- Buck, N. L., Leenaars, E. M., Emmelkamp, P. G., & van Marle, H. C. (2012). Explaining the relationship between insecure attachment and partner abuse : The role of personality characteristics. *Journal of Interpersonal Violence*, 27, 3149-3170. doi : 10.1177/0886260512441258
- Buttall, F. P., & Carney, M. M. (2002). Psychological and demographic predictors of attrition among batterers court ordered into treatment. *Social Work Research*, 26, 31-41. doi : 10.1093/swr/26.1.31
- Buttall, F. P., & Carney, M. M. (2008). A large sample investigation of batterer intervention program attrition : Evaluating the impact of state program standards. *Research on Social Work Practice*, 18, 177-188. doi : 10.1177/1049731508314277
- Cadsky, O., Hanson, R. K., Crawford, M., & Lalonde, C. (1996). Attrition from a male batterer treatment program : Client-treatment congruence and lifestyle instability. *Violence and Victims*, 11, 51-64.

Cameranesi, M. (2016).

Carney, M. M., Buttell, F. P., & Muldoon, J. (2006). Predictors of batterer intervention program attrition : Developing and implementing logistic regression models. *Journal of Offender Rehabilitation*, 43, 35-54. doi : 10.1300/J076v43n0202

Catlett, B. S., Toews, M. L., & Walilko, V. (2010). Men's gendered constructions of intimate partner violence as predictors of court-mandated batterer treatment drop-out. *American Journal of Community Psychology*, 45, 107-123. doi : 10.1007/s10464-009-9292-2

Cavanaugh, M. M., Solomon, P., & Gelles, R. J. (2011). The Dialectical Psychoeducational Workshop (DPEW): The conceptual framework and curriculum for a preventative intervention for males at risk for IPV. *Violence Against Women*, 17, 970-989. doi : 10.1177/1077801211414266

Chang, H., & Saunders, D. G. (2002). Predictors of attrition in two types of group programs for men who batter. *Journal of Family Violence*, 17, 273-292. doi : 10.1023/A :1016057328929

Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260-268. doi : 0749-3797/02

Corning, A. F., Malofeeva, E. V., & Bucchianeri, M. M. (2007). Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychotherapy*, 44, 193-204. doi : 10.1037/0033-3204.44.2.193

Corvo, K., Dutton, D., & Chen, W. I. (2009). Do Duluth model interventions with perpetrators of domestic violence violate mental health professional ethics? *Ethics & Behavior*, 19, 323-340. doi : 10.1080/10508420903035323

Cosimo, S. D. (2011). *Domestic violence : Legal sanctions and recidivism rates among male perpetrators*. El Paso, TX : LFB.

Crane, C. A., Oberleitner, L. S., Devine, S., & Easton, C. J. (2014). Substance use disorders and intimate partner violence perpetration among male and female offenders. *Psychology of Violence*, 4, 322-333. doi : 10.1037/a0034338

Crowell, N. A., & Burgess, A. W. (1996). *Understanding violence against women*. Washington, DC : American Psychological Association. doi : 10.1037/10204-000

Cullen, A. E., Soria, C., Clarke, A. Y., Dean, K., & Fahy, T. (2011). Factors predicting dropout from the Reasoning and Rehabilitation program with mentally disordered

- offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 217-230. doi : 10.1177/0093854810393659
- Daly, J. E., Power, T. G., & Gondolf, E. W. (2001). Predictors of batterer program attendance. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 971-991. doi : 10.1177/088626001016010001
- Darish, L. (2009). *Exploration compréhensive du phénomène du changement de comportement chez le conjoint violent* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, QC.
- Delgadillo, J., McMillan, D., Lucock, M., Leach, C., Ali, S., & Gilbody, S. (2014). Early changes, attrition, and dose-response in low intensity psychological interventions. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 114-130. doi : 10.1111/bjc.12031
- Dobash, R., & Dobash, R. E. (1979). *Violence against wives : A case against the patriarchy*. New York : Free Press.
- Donkin, L., & Glozier, N. (2012). Motivators and motivations to persist with online psychological interventions : A qualitative study of treatment completers. *Journal of Medical Internet Research*, 14, 284-295. doi : 10.2196/jmir.2100
- Dunford, F. W. (2000). The San Diego navy experiment : An assessment of interventions for men who assault their wives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 468-476. doi : 10.1037/0022-006X.68.3.468
- Duplantis, A. D., Romans, J. S. C., & Bear, T. M. (2006). Persistence in domestic violence treatment and self-esteem, locus of control, risk of alcoholism, level of abuse, and beliefs about abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 13, 1-18. doi : 10.1300/J146v13n01_01
- Dutton, D. G. (1995). A scale for measuring propensity for abusiveness. *Journal of Family Violence*, 10, 203-221. doi : 10.1007/BF02110600
- Dutton, D. G., & Hemphill, K. J. (1992). Patterns of socially desirable responding among perpetrators and victims of wife assault. *Violence and Victims*, 7, 29-39.
- Dutton, D.G., Saunders, K., Starzomski, A., & Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1367-1386. doi : 10.1111/j.1559-1816.1994.tb01554.x
- Dutton, D., & Sonkin, D. J. (2003). *Intimate violence : Contemporary treatment innovations*. Binghamton, NY : Haworth.

- Dutton, D. G., & White, K. R. (2012). Attachment insecurity and intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior, 17*, 475-481. doi : 10.1016/j.avb.2012.07.003
- Eckhardt, C. I., Samper, R. E., & Murphy, C. M. (2008). Anger disturbances among perpetrators of intimate partner violence : Clinical characteristics and outcomes of court-mandated treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 23*, 1600-1617. doi : 10.1177/0886260508314322
- Eckhardt, C. I., Barbour, K. A., & Stuart, G. L. (1997). Anger and hostility in maritally violent men : Conceptual distinctions, measurement issues, and literature review. *Clinical Psychology Review, 17*, 333-358. doi : doi :10.1016/S0272-7358(96)00003-7
- Faulkner, K. K., Cogan, R., Nolder, M., & Shooter, G. (1991). Characteristics of men and women completing cognitive/behavioral spouse abuse treatment. *Journal of Family Violence, 6*, 243-254. doi : 10.1007/BF00980531
- Faulkner, K., Stoltenberg, C. D., Cogen, R., Nolder, M., & Shooter, E. (1992). Cognitive-behavioral group treatment for male spouse abusers. *Journal of Family Violence 7*, 37-55. doi : 10.1007/BF00978723
- Follingstad, D. R., Bradley, R. G., Helff, C. M., & Laughlin, J. E. (2002). A model for predicting dating violence : Anxious attachment, angry temperament, and need for relationship control. *Violence and Victims, 17*, 35-47. doi : 10.1891/vivi.17.1.35.33639
- Fournier, B., Brassard, A., & Shaver, P. R. (2011). Partner's aggression and adult attachment : The demand-withdraw communication pattern and relationship satisfaction as mediators. *Journal of Interpersonal Violence, 26*, 1982-2003. doi : 10.1177/0886260510372930
- Fowler, J. C., Groat, M., & Ulanday, M. (2013). Attachment style and treatment completion among psychiatric inpatients with substance use disorders. *The American Journal on Addictions, 22*, 14-17. doi : 10.1111/j.1521-0391.2013.00318.x
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment : Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology, 4*, 132- 154. doi : 10.1037/1089-2680.4.2.132
- Freeman, A. J., Schumacher, J. A., & Coffey, S. F. (2015). Social desirability and partner agreement of men's reporting of intimate partner violence in substance abuse treatment settings. *Journal of Interpersonal Violence, 30*, 565-579. doi : 10.1177/0886260514535263.

- Frenette, É., Valois, P., Lussier, Y., Sabourin, S., & Villeneuve, P. (2000). *Validité de la version abrégée du questionnaire de désirabilité sociale de Paulhus*. Document inédit, Université Laval, QC.
- Geffner, R., & Mantooth, C. (2000). *Ending spouse/partner abuse : A psychoeducational approach for individuals and couples*. New York : Springer.
- Gerlock, A. A. (2001). A profile of who completes and who drops out of domestic violence rehabilitation. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 379-400. doi : 10.1080/01612840116997
- Girme, Y. U., Overall, N. C., Simpson, J. A., & Fletcher, G. O. (2015). 'All or nothing': Attachment avoidance and the curvilinear effects of partner support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108, 450-475. doi : 10.1037/a0038866
- Gondolf, E. W. (1997). Patterns of reassault in batterer programs. *Violence and Victims*, 12, 373-387.
- Goodall, K. (2015). Individual differences in the regulation of positive emotion : The role of attachment and self esteem. *Personality and Individual Differences*, 74, 208-213. doi : 10.1016/j.paid.2014.10.033
- Gordon, J. A., & Moriarty, L. J. (2003). The effects of domestic violence batterer treatment on domestic violence recidivism : The Chesterfield County experience. *Criminal Justice and Behavior*, 30, 118-134. doi : 10.1177/0093854802239166
- Gormley, B., & Lopez, F. (2010). Psychological abuse perpetration in college dating relationships : Contributions of gender, stress, and adult attachment orientations. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 204-218. doi : 10.1177/0886260509334404
- Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA : Stanford University Press.
- Gouvernement du Québec (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*. Québec, QC : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec (2015). *Criminalité dans un contexte conjugal au Québec : faits saillants 2013*. Québec, QC : Ministère de la Sécurité Publique.
- Hamberger, L. K., Lohr, J. M., & Gottlieb, M. (2000). Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behavior Modification*, 24, 528-552. doi : 10.1177/0145445500244003

- Hamel, J. (2007). Toward a gender-inclusive conception of intimate partner violence research and theory : Part I - Traditional perspectives. *International Journal of Men's Health*, 6, 36-53. doi : 10.3149/jmh.0601.36
- Hamel, J. (2014). *Gender-inclusive treatment of intimate partner abuse : Evidence-based approaches* (2^e éd.). New York, NY : Springer.
- Harpur, T. J., & Hare, R. D. (1994). Assessment of psychopathy as a function of age. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 604-609. doi : 10.1037/0021-843X.103.4.604
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524. doi : 10.1037/0022-3514.52.3.511
- Helfritz, L. E., Stanford, M. S., Conklin, S. M., Greve, K. W., Villemarette-Pittman, N. R., & Houston, R. J. (2006). Usefulness of self-report instruments in assessing men accused of domestic violence. *The Psychological Record*, 56, 171-180.
- Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers : Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476-497. doi : 10.1037/0033-2909.116.3.476
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G. L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1000-1019. doi : 10.1037/0022-006X.68.6.1000
- Hopwood Wallace, S. E. (2009). *Documented symptoms in children exposed to domestic violence* (Mémoire de maîtrise inédit). Université McGill, Montréal, QC.
- Howard, K. I., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The attrition dilemma : Toward a new strategy for psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 106-110. doi : 10.1037/0022-006X.54.1.106
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy : Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064. doi : 10.1037/0003-066X.51.10.1059
- Hudson-Allez, G. (1999). Brief versus open-ended counselling in primary care. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 2, 7-18. doi : 10.1080/13642539908400802
- Ilfeld, H. M. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 1215-1228. doi : 10.2466/pr0.1976.39.3f.1215

- Jewell, L. M., & Wormith, J. S. (2010). Variables associated with attrition from domestic violence treatment programs targeting male batterers : A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 1086-1113. doi : 10.1177/0093854810376815
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence : Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and Family*, 57, 283-294. doi : 10.2307/353683
- Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy : Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069-1074. doi : 10.1037/0022-006X.62.5.1069
- Keating, B. (2015). Violence against women : A disciplinary debate and challenge. *The Sociological Quarterly*, 56, 108-124. doi : 10.1111/tsq.12075
- Kennedy, S. (2000). Treatment responsivity : Reducing recidivism by enhancing treatment effectiveness. Dans L. L. Motiuk & R. C. Serin (Éds), *Compendium 2000 on effective correctional programming* (pp. 30-36). Ottawa, ON : Services correctionnels du Canada.
- Kirkpatrick, L. A., & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships : A four-year prospective study. *Personal Relationships*, 1, 123-142. doi : 10.1111/j.1475-6811.1994.tb00058.x
- Kroner, D. G., & Weekes, J. R. (1996). Socially desirable responding and offence characteristics among rapists. *Violence and Victims*, 11, 263-270.
- Labriola, M., Rempel, M., & Davis, R. C. (2008). Do batterer programs reduce recidivism? Results from a randomized trial in the Bronx. *Justice Quarterly*, 25, 252-282. doi : 10.1080/07418820802024945
- Lafontaine, M.-F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R., & Johnson, S. M. (2016). Selecting the best items for a short-form of the experiences in close relationships questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*. doi : 10.1027/1015-5759/a000243
- Lafontaine, M.-F., & Lussier, Y. (2005). Does anger towards the partner mediate and moderate the link between romantic attachment and intimate violence? *Journal of Family Violence*, 20, 349-361. doi : 10.1007/s10896-005-7797-5
- Laughrea, K., Bélanger, C., & Wright, J. (1996). L'inventaire de l'expérience de la colère en situation sociale et conjugale : validation auprès de la population adulte québécoise. *Science et comportement*, 25, 71-94.

- Laughrea, K., Wright, J., McDuff, P., & Bélanger, C. (2000). A typology of anger profiles in couples. *Journal of Couples Therapy*, 9, 85–107. doi :10.1300/J036v09n01_07
- Laviolette, A. (2001). Batterers' treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 5, 45-56. doi : 10.1300/J146v05n02_04
- Lawson D. M. (2010). Comparing cognitive behavioral therapy and integrated cognitive behavioral therapy/psychodynamic therapy in group treatment for partner violent men. *Psychotherapy Theory*, 47, 122-133. doi : 10.1037/a0018841
- Le Bourdais, C., & Lapierre-Adamcyk, É. (2004). Changes in conjugal life in canada : Is cohabitation progressively replacing marriage? *Journal of Marriage and Family*, 66, 929–942. doi : 10.1111/j.0022-2445.2004.00063.x
- Levendosky, A. A., Lannert, B., & Yalch, M. (2013). The effects of intimate partner violence on women and child survivors : An attachment perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, 40, 397-433. doi : 10.1521/pdps.2012.40.3.397
- Levesque, D. A., Driskell, M., Prochaska, J. M., & Prochaska, J. O. (2008). Acceptability of stage-matched expert system intervention for domestic violence offenders. *Violence and Victims*, 23, 432-445. doi : 10.1891/0886-6708.23.4.432
- Li, F., Li, Y., & Wang, Y. (2015). Socially desirable responding in Chinese university students : Denial and enhancement? *Psychological Reports*, 116, 409-421. doi : 10.2466/03.07.PR0.116k18w8
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press.
- Lussier, Y. (1997). *Traduction française du CTS2*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.
- Macleod, L., & Cadieux, A. (1980). *La Femme battue au Canada : un cercle vicieux*. Québec, QC : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.
- Magolda, M. B. (1998). Developing self-authorship in young adult life. *Journal of College Student Development*, 39, 143-156.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment : Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27, 262–270. doi :10.1177/0265407509360905
- Marks, C. R., Glaser, B. A., Glass, J. B., & Horne, A. M. (2001). Effects of witnessing severe marital discord on children's social competence and behavioral problems. *The*

- Family Journal : Counseling and Therapy for Couples and Families*, 9, 94-101. doi : 10.1177/1066480701092002
- Mathieu, C., Bélanger, C., & Brisebois, H. (2006). Thérapie de groupe pour hommes violents envers leur conjointe : abandon thérapeutique chez ces hommes. *Santé mentale au Québec*, 31, 169-187. doi : 10.7202/013691ar
- McCloskey, K. A., Sitaker, M., Grigsby, N., & Malloy, K. A. (2003). Characteristics of male batterers in treatment : An example of a localized program evaluation concerning attrition. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 8, 67-95. doi : 10.1300/J146v08n04_04
- McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., & Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 31, 450-460. doi : 10.1016/j.addbeh.2005.05.024
- Medoff, Z. I. (2006). *Adult attachment and readiness to change in a clinical sample of male domestic violence perpetrators* (thèse de doctorat inédite). Université du Wyoming, Laramie, WY.
- Mertin, P. U., & Mohr, P. B. (2001). A follow-up study of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in Australian victims of domestic violence. *Violence and Victims*, 16, 645-654.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood : Structure, dynamics, and change*. New York : Guilford.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behavior*. New York : Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing : Helping people change* (3^e éd.). New York : Guilford Press.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory manual*. Minneapolis, MN : Interpretive Scoring Systems.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R., Grossman, S. (2009). *MCMI-III Manual* (4^e éd.). Minneapolis, MN : Pearson Education, Inc.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec. (2015). *Criminalité dans un contexte conjugal au Québec : faits saillants 2013*. Repéré à http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/violence_conjugale/2013/violence_conjugale_2013.pdf

- Mondor, J., Sabourin, S., Wright, J., Poitras-Wright, H., McDuff, P., & Lussier, Y. (2013). Early termination from couple therapy in a naturalistic setting : The role of therapeutic mandates and romantic attachment. *Contemporary Family Therapy : An International Journal*, 35, 59-73. doi : 10.1007/s10591-012-9229-z
- Monras, M., & Gual, A. (2000). Attrition in group therapy with alcoholics : A survival analysis. *Drug and Alcohol Review*, 19, 55-63. doi : 10.1080/09595230096156
- Murphy, C. M., & Eckhardt, C. I. (2005). *Treating the abusive partner : An individualized cognitive-behavioral approach*. New York : Guilford Press.
- Murphy, C. M., & Meis, L. A. (2008). Individual treatment of intimate partner violence perpetrators. *Violence and Victims*, 23, 173-186. doi : 10.1891/0886-6708.23.2.173
- Musser, P. H., Semiatin, J. N., Taft, C. T., & Murphy, C. M. (2008). Motivational interviewing as a pre-group intervention for partner-violent men. *Violence and Victims*, 23, 539-557. doi : 10.1002/jclp.20642
- Norlander, B., & Eckhardt, C. (2005). Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 25, 119-152. doi : 10.1016/j.cpr.2004.10.001
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control : The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA : Lexington Books.
- Patterson, C. L., Uhlin, B., & Anderson, T. (2008). Clients' pretreatment counseling expectations as predictors of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 5, 528-534. doi : 10.1037/a0013289
- Paulhus, D. L. (1991). Balanced Inventory of Desirable Responding. Dans J. P. Robinson, P. R. Shaver, L. S. Wrightsman, & F. M. Andrew (Éds), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 37-41). San Diego, CA : Academic Press.
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter : The Duluth Model*. New York : Springer.
- Pence, E., & Dasguspa, S. D. (2006). *Re-examining 'battering': Are all acts of violence against intimate partners the same?* St Paul, MN : Praxis International, Inc.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. doi : 10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Rondeau, G., Brodeur, N., Brochu, S., & Lemire, G. (2001). Dropout and completion of treatment among spouse abusers. *Violence and Victims*, 16, 127-143.

- Rooney, J., & Hanson, R. K. (2001). Predicting attrition from treatment programs for abusive men. *Journal of Family Violence*, 16, 131-149. doi : 10.1023/A :1011106902465
- Rosenberg, M. S. (2003). Voices from the group : Domestic violence offenders' experience of intervention. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 7, 305-317. doi : 10.1300/J146v07n01_13
- Rothman, E. F., Gupta, J., Pavlos, C., Dang, Q., & Coutinho, P. (2007). Batterer intervention program enrollment and completion among immigrant men in Massachusetts. *Violence Against Women*, 13, 527-543. doi : 10.1177/1077801207300720
- Sartin, R. M. (2004). *Characteristics associated with domestic violence perpetration : An examination of factors related to treatment response and the utility of a batterer typology* (thèse de doctorat inédite). University of Nebraska, Lincoln, NE.
- Sarto, S. B., & Esteban, P. G. (2010). Psicopatología, características de la violencia y abandonos en programas para hombres violentos con la pareja : Resultados en un dispositivo de intervención. *Psicothema*, 22, 593-599.
- Scott, K. L. (2004). Stage of change as a predictor of attrition among men in a batterer treatment program. *Journal of Family Violence*, 19, 37-47. doi : 10.1023/B :JOFV.0000011581.01231.1e
- Shafer, A. (2010). From isolation through intimacy to autonomy : Relatedness, relationship & therapeutic. *Australasian Journal of Psychotherapy*, 29, 67-78.
- Shepard, M. F., & Campbell, J. A. (1992). The Abusive Behaviour Inventory : A measure of psychological and physical abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 291-305. doi : 10.1177/088626092007003001
- Sherman, L.W., & Smith, D. A. (1992). Crime, punishment and stake in conformity : Legal and informal control of domestic violence. *American Sociological Review*, 57, 680-690. doi : 10.2307/2095921
- Siegel, J. M. (1986). The Multidimensional Anger Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 191-200. doi : 10.1037/0022-3514.51.1.191
- Smith, A. M., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance : A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 326-337. doi : 10.1016/j.cpr.2009.12.007

- Sonkin, D. J., & Dutton, D. (2003). Treating assaultive men from an attachment perspective. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 7, 105-133. doi : 10.1300/J146v07n01_06
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28. doi : 10.2307/350547
- Spielberger, C. D. (1988). *State Trait Anger Expression Inventory : Professional Manual*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resource.
- Statistique Canada. (2016). *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2014*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/160121/dq160121b-fra.htm>.
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B., & Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors : A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 65-98. doi : 10.1016/j.avb.2003.09.001
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence : The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and The Family*, 41, 75-88. doi : 10.2307/351733
- Straus, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. K. (2006). *Behind closed doors*. New Brunswick, NJ : Transaction Publishers.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316. doi : 10.1177/019251396017003001
- Stuart, P. (2004). Risk factors for recent domestic physical assault in patients presenting to the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 16, 216-224. doi : 10.1111/j.1742-6723.2004.00590.x
- Stulz, N., Lutz, W., Kopta, S. M., Minami, T., & Saunders, S. M. (2013). Dose-effect relationship in routine outpatient psychotherapy : Does treatment duration matter? *Journal of Counseling Psychology*, 60, 593-600. doi : 10.1037/a0033589
- Sugarman, D. B., & Hotaling, G. T. (1997). Intimate violence and social desirability : A meta-analytic review. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 275-290. doi : 10.1177/088626097012002008
- Sugg, N. (2015). Intimate partner violence : Prevalence, health consequences, and intervention. *Medical Clinics of North America*, 99, 629-649. doi : 10.1016/j.mcna.2015.01.012

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5^e éd.). New York : Harper Collins.
- Taber, B. J., Leibert, T. W., & Agaskar, V. R. (2011). Relationships among client–therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy, 48*, 376-380. doi : 10.1037/a0022066
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Elliott, J. D., & Morrel, T. M. (2001). Attendance-enhancing procedures in group counselling for domestic abusers. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 51-60. doi : 10.1037/0022-0167.48.1.51
- Tasca, G. A., Taylor, D., Bissada, H., Ritchie, K., & Balfour, L. (2004). Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *Journal of Personality Assessment, 83*, 201-212. doi : 10.1207/s15327752jpa8303_04
- Taylor, P., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice, 88*, 240-253. doi :10.1111/papt.12045
- Tinsley, H. E. A., Bowman, S. L., & Barich, A. W. (1993). Counseling psychologists' perceptions of the occurrence and effects of unrealistic expectations about counseling and psychotherapy among their clients. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 46–52. doi : 10.1037/0022-0167.40.1.46
- Tollefson, D. R., Gross, E., & Lundahl, B. (2008). Factors that predict attrition from a state-sponsored rural batterer treatment program. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 17*, 453-477. doi :10.1080/10926770802463495
- U.S. Department of Justice. (2003). *Batterer intervention programs*. Washington, DC : US Department of Justice.
- Vuoristo-Myllys, S., Lahti, J., Alho, H., & Julkunen, J. (2013). Predictors of dropout in an outpatient treatment for problem drinkers including cognitive–behavioral therapy and the opioid antagonist naltrexone. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 74*, 894-901. doi : 10.15288/jsad.2013.74.894
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York : Guilford Press.
- Walsh, J., Spangaro, J., & Soldatic, K. (2015). Global understandings of domestic violence. *Nursing and Health Sciences, 17*, 1-4. doi : 10.1111/nhs.12197

- Waltz, J. (2003). Dialectical Behavior Therapy in the treatment of abusive behavior. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 7, 75-103. doi : 10.1300J146v07n0105
- Wormith, J. S., & Olver, M. E. (2002). Offender treatment attrition and its relationship with risk, responsivity, and recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 447-471. doi : 10.1177/0093854802029004006
- Wray-Lake, L., Syvertsen, A. K., & Flanagan, C. A. (2016). Developmental change in social responsibility during adolescence : An ecological perspective. *Developmental Psychology*, 52, 130-142. doi : 10.1037/dev0000067

Appendice A

Tableaux supplémentaires

Tableau 10

Résultats de l'analyse de variance multivariée sur les facteurs à échelle d'intervalle introduits dans l'analyse de régression de Cox en fonction du fait que les cas soient censurés ou non

Effet	Lambda de Wilks	<i>F</i>	Degré de liberté de l'hypothèse	Degré de liberté de l'erreur	<i>p</i>
Ordonnée à l'origine	0,07	351,57	8	197	< 0,001
Suivi terminé ou non	0,96	1,17	8	197	0,321

Tableau 11

Résultats de l'analyse de chi carré sur les facteurs dichotomiques introduits dans l'analyse de régression de Cox en fonction du fait que les cas soient censurés ou non

Facteur	χ^2	Degré de liberté	<i>p</i>
Études post-secondaires	1,89	1	0,169
Occupation stable	3,58	1	0,059
Mariés ou conjoints de fait	0,34	1	0,561
Référés par la Cour ou la DPJ	0,18	1	0,673
Au moins un geste de violence physique au cours de la dernière année	0,75	1	0,387

Appendice B

Questionnaires et formulaire de consentement



QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION

LE SEUIL DE L'ESTRIE

En collaboration avec
Audrey Brassard, Ph.D.
Professeure

Département de psychologie
Université de Sherbrooke



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet

Portrait des hommes et femmes qui consultent un service d'aide psychologique pour difficultés de couple ou violence conjugale.

Chercheurs

La chercheuse principale de cette étude est madame Audrey Brassard, professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke.

Objectifs du projet, nature de la participation et droit de retrait

L'objectif du projet est de dresser un portrait des hommes et femmes qui consultent un service d'aide psychologique en termes d'attachement, d'empathie, de stratégies de gestion de la colère et des conflits, de satisfaction conjugale, etc. La durée de passation est de 45 à 60 minutes. Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est volontaire et que vous demeurez, à tout moment, libre de mettre fin à votre participation sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Avantages et inconvénients pouvant découler de la participation

La participation à cette recherche contribuera à l'avancement des connaissances concernant les caractéristiques des personnes qui présentent des difficultés de couple ou de violence. De plus, votre participation pourrait aider votre intervenant à faire une évaluation plus complète de votre problématique. Le traitement psychothérapeutique pourrait ainsi se trouver mieux orienté. Comme inconvénients, vous devrez fournir 45 à 60 minutes pour remplir les questionnaires. Il est possible que vous ressentiez de la fatigue ou un malaise à la lecture de ceux-ci. Si vous ressentez un malaise, il est possible de discuter de vos préoccupations avec l'intervenant.

Confidentialité des données recueillies

Les données recueillies seront conservées sous clef pour une période n'excédant pas cinq ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les participants n'apparaîtra dans la documentation recueillie. Seule la chercheuse et ses étudiants de doctorat auront accès aux données.

Résultats de la recherche et publication

Si je le désire, je pourrai être informé des résultats obtenus en contactant la chercheuse responsable. Les résultats de la recherche pourront être utilisés pour des fins de communication scientifique. Dans ces cas, rien ne permettra d'identifier les participants.

Consentement libre et éclairé

Je, _____, déclare avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation et je consens librement à participer à ce projet.

Signature du participant : _____

Date : _____
Jour / Mois / Année

Déclaration de l'intervenant et des responsables

Je confirme m'être assuré que les termes de ce formulaire ont été expliqués au participant, avoir répondu aux questions posées et lui avoir indiqué qu'il reste libre en tout temps de mettre fin à sa participation. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature de l'intervenant : _____

Date : _____
Jour / Mois / Année

Signature du responsable :

Date : 21 janvier 2011

Ce projet est approuvé par le Comité d'Éthique de la recherche des Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke (approbations # 2007-28 et #2009-75). Pour tout problème éthique, vous pouvez contacter Mme Dominique Lorrain, présidente du comité

QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

INFORMATIONS PERSONNELLES

1. Sexe : ☐ Masculin 2. Âge : _____
☐ Féminin
3. Occupation : ☐ Présentement sans emploi 4. Niveau de ☐ Primaire
☐ Emploi temps partiel scolarité complété : ☐ Secondaire
☐ Emploi à temps plein ☐ Cégep
☐ Emploi saisonnier ☐ Université
☐ Étudiant à temps plein
☐ Retraité
5. Revenu annuel brut : _____
6. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé psychologique ☐ Non
dans le passé (psychologue, psycho-éducateur, travailleur social, etc.) ? ☐ Oui

STATUT CONJUGAL ET FAMILIAL

7. État civil : ☐ Célibataire n'ayant eu aucune relation amoureuse
☐ Célibataire ayant déjà eu une ou plusieurs relations antérieures
☐ En couple mais n'habitant pas ensemble (fréquentation)
☐ En couple et habitant ensemble (cohabitation)
☐ Marié(e)
☐ Veuf (veuve)
☐ Séparé (e) ou divorcé (e)
8. Si vous êtes en couple, depuis combien de temps dure votre relation ? _____ ans
9. Au total, combien avez-vous eu de relations durables (durée d'au moins six (6) mois avec intention de relation à plus long terme) ? _____
10. Combien avez-vous d'enfants (union actuelle et unions précédentes)? _____
11. Combien d'enfants habitent avec vous actuellement? _____

ANTÉCÉDENTS ET MOTIF DE CONSULTATION

12. Avez-vous déjà vécu dans une famille d'accueil ou une ressource similaire (p. ex. : Centre jeunesse, foyer de groupe) ? _____

☐ Non Passez à la question 13

☐ Oui Si oui... a) à partir de quel âge ? _____

b) dans combien de ressources avez-vous vécu ? _____

c) combien d'années en tout ? _____

13. Dans votre enfance / adolescence, avez-vous été témoin ou victime de violence physique de la part de vos parents ou tuteurs? ☐ Non ☐ Oui

14. Dans votre enfance / adolescence, avez-vous déjà été victime d'abus sexuel? ☐ Non ☐ Oui

15. a) Dans une semaine-type, combien de consommations d'alcool (bière, vin, spiritueux) prenez-vous en moyenne? _____

15. b) Dans une semaine-type, combien fois consommez-vous de la drogue (pot, speed, ecstasy, cocaïne, etc.) en moyenne? _____

16. Prenez-vous de la médication pour une problématique de santé mentale actuellement ?

☐ Non Passez à la question 17

☐ Oui

Si oui... a) nom du médicament _____

b) à quelle dose ? _____

c) à quelle fréquence ? _____

d) pour quelle problématique ? _____

17. Comment avez-vous été référé au Seuil de l'Estrée ?

☐ Par moi-même

☐ Par un (e) ami (e) ou membre de la famille

☐ Par un autre professionnel (médecin, travailleur social, infirmière, etc.)

☐ Par ordre de la cour

☐ Par la recommandation du Centre Jeunesse

☐ Autre : _____

18. Avez-vous reçu une interdiction de contact avec votre famille ou conjoint(e)?

☐ Non Passez à la section B

☐ Oui Si oui... a) Avez-vous déjà brisé l'interdiction ? ☐ Non

☐ Oui

L'EXPÉRIENCE DE LA COLÈRE

Le présent questionnaire est divisé en trois parties. Chaque partie contient un certain nombre d'énoncés que les gens utilisent pour décrire leurs sentiments et leurs comportements. Veuillez noter que chaque partie possède des directives différentes. Lisez attentivement les directives pour chacune des parties. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. À chaque énoncé, donnez la réponse qui vous décrit le mieux.

1^{re} partie

Consigne : Plusieurs énoncés que les gens utilisent pour se décrire sont présentés ci-dessous. Lisez chaque énoncé et encerclez le chiffre représentant ce que vous ressentez en ce moment.

Ce que je ressens en ce moment ...

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Je suis furieux(se).	1	2	3	4
2. Je me sens irrité(e).	1	2	3	4
3. Je me sens fâché(e).	1	2	3	4
4. J'ai envie de crier après quelqu'un.	1	2	3	4
5. J'ai envie de briser quelque chose.	1	2	3	4
6. Je suis enragé(e).	1	2	3	4
7. J'ai envie de donner un coup de point sur la table.	1	2	3	4
8. J'ai envie de frapper quelqu'un.	1	2	3	4
9. Je suis à bout de nerfs.	1	2	3	4
10. J'ai envie de sacrer.	1	2	3	4

2^e partie

Consigne : Plusieurs énoncés que les gens utilisent pour se décrire sont présentés ci-dessous. Lisez chaque énoncé et encerclez le chiffre représentant ce que vous ressentez généralement.

Ce que je ressens généralement ...

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
11. Je m'emporte facilement.	1	2	3	4
12. J'ai un tempérament vif et colérique.	1	2	3	4
13. J'ai un caractère prompt.	1	2	3	4
14. Je me mets en colère lorsque je suis ralenti(e) par les erreurs des autres personnes.	1	2	3	4
15. Je me sens contrarié(e) lorsque je fais du bon travail et que je ne reçois pas de reconnaissance.	1	2	3	4
16. Je perds facilement le contrôle.	1	2	3	4
17. Quand je m'enrage, je dis des choses méchantes.	1	2	3	4
18. Ça me rend furieux (se) de me faire critiquer devant d'autres personnes.	1	2	3	4
19. Quand je suis frustré(e), j'ai envie de frapper quelqu'un.	1	2	3	4
20. Je me sens furieux (se) lorsque je fais du bon travail et que je reçois une mauvaise évaluation.	1	2	3	4

3^e partie

Consigne : Tous le monde se sentent fâché ou furieux de temps en temps, mais les gens diffèrent quant à leurs façons de réagir lorsqu'ils sont en colère. Lisez chaque énoncé et encerclez le chiffre représentant la fréquence à laquelle, en général, vous vous comportez ou réagissez de la manière décrite, quand vous vous sentez fâché(e) ou furieux(se).

Quand je suis fâché(e) ou furieux(se)...

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je contrôle mon humeur.	1	2	3	4
22. J'exprime ma colère.	1	2	3	4
23. Je garde les choses en dedans.	1	2	3	4
24. Je suis patient avec les autres.	1	2	3	4
25. Je boude.	1	2	3	4
26. Je m'éloigne des gens, je m'isole.	1	2	3	4
27. Je fais des remarques sarcastiques aux gens.	1	2	3	4
28. Je garde mon sang-froid.	1	2	3	4
29. Je pose des gestes comme claquer les portes.	1	2	3	4
30. Je bous en dedans mais je ne le montre pas.	1	2	3	4
31. Je contrôle mon comportement.	1	2	3	4
32. Je me dispute avec les autres.	1	2	3	4
33. J'ai tendance à entretenir des rancunes dont je ne parle à personne.	1	2	3	4
34. J'agresse ce qui me rend furieux (se).	1	2	3	4
35. Je suis capable de m'empêcher de me mettre en colère.	1	2	3	4
36. Je suis secrètement assez critique envers les autres.	1	2	3	4
37. Je suis plus en colère que je veux l'admettre.	1	2	3	4
38. Je me calme plus rapidement que la plupart des gens.	1	2	3	4
39. Je dis des choses méchantes.	1	2	3	4
40. J'essaie d'être tolérant(e) et compréhensif(ve).	1	2	3	4
41. Je suis bien plus irrité(e) que les gens ne le réalisent.	1	2	3	4
42. Je me mets en colère.	1	2	3	4
43. Si quelqu'un me contrarie, je suis apte à lui exprimer ce que je ressens.	1	2	3	4
44. Je contrôle mes sentiments de colère.	1	2	3	4

QUESTIONNAIRE SUR LES EXPÉRIENCES AMOUREUSES

Consigne : Les énoncés suivants se rapportent à la manière dont vous vous sentez à l'intérieur de vos relations amoureuses. Nous nous intéressons à la manière dont vous vivez généralement ces relations et non seulement à ce que vous vivez dans votre relation actuelle. Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Inscrivez le chiffre correspondant à votre choix dans l'espace réservé à cet effet selon l'échelle suivante :

Fortement en désaccord			Neutre / partagé(e)			Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

- 1 _____ Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e).
- 2 _____ Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.
- 3 _____ J'ai peur que mes partenaires amoureux(ses) ne soient pas autant attaché(e)s à moi que je le suis à eux(elles).
- 4 _____ Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.
- 5 _____ Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre mon/ma partenaire.
- 6 _____ Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire.
- 7 _____ Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.
- 8 _____ Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul(e).
- 9 _____ Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon(ma) partenaire.
- 10 _____ J'ai un grand besoin que mon/ma partenaire me rassure de son amour.
- 11 _____ Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.
- 12 _____ Parfois, je sens que je force mes partenaires à me manifester davantage leurs sentiments et leur engagement.
- 13 _____ Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(ses).
- 14 _____ Lorsque je n'arrive pas à faire en sorte que mon/ma partenaire s'intéresse à moi, je deviens peiné(e) ou fâché(e).
- 15 _____ Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.
- 16 _____ Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais.
- 17 _____ Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.
- 18 _____ Je me sens à l'aise de compter sur mes partenaires amoureux(ses).
- 19 _____ Je deviens frustré(e) lorsque mon/ma partenaire n'est pas là aussi souvent que je le voudrais.
- 20 _____ Cela ne me dérange pas de demander du réconfort, des conseils ou de l'aide à mes partenaires amoureux(ses).

QUESTIONNAIRE SUR LA RÉSOLUTION DES CONFLITS CONJUGAUX

RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE SI VOUS AVEZ ÉTÉ EN COUPLE DANS LA DERNIÈRE ANNÉE.

Consigne : Même si un couple s'entend très bien, il peut arriver que les conjoints aient des différends, qu'ils se contrarient, qu'ils aient des attentes différentes ou qu'ils aient des prises de bec ou des disputes simplement parce qu'ils sont de mauvaise humeur, fatigués ou pour une autre raison. Ils utilisent également de nombreux moyens pour essayer de résoudre leurs conflits. Vous trouverez ci-dessous une liste de moyens qui peuvent avoir été utilisés lorsque vous et votre conjointe étiez en désaccord. Encerchez le nombre de fois que vous avez utilisé ces moyens et combien de fois votre partenaire les a utilisés au cours de la dernière année. Si vous ou votre partenaire n'avez pas utilisé ces moyens au cours de la dernière année, mais vous les avez déjà utilisés, encerchez le chiffre 7.

1 = 1 fois au cours de la dernière année	5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année
2 = 2 fois au cours de la dernière année	6 = + de 20 fois au cours de la dernière année
3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année	7 = pas au cours de la dernière année, mais c'est déjà arrivé avant
4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année	0 = ceci n'est jamais arrivé

1. J'ai montré à ma partenaire que j'étais attaché à elle, même si nous étions en désaccord.	1	2	3	4	5	6	7	0
2. Ma partenaire m'a montré qu'elle était attachée à moi, même si nous étions en désaccord.	1	2	3	4	5	6	7	0
3. J'ai expliqué à ma partenaire mon point de vue concernant notre désaccord.	1	2	3	4	5	6	7	0
4. Ma partenaire m'a expliqué son point de vue concernant notre désaccord.	1	2	3	4	5	6	7	0
5. J'ai insulté ma partenaire ou je me suis adressé à elle en sacrant.	1	2	3	4	5	6	7	0
6. Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
7. J'ai lancé un objet à ma partenaire qui pouvait la blesser.	1	2	3	4	5	6	7	0
8. Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
9. J'ai tordu le bras ou j'ai tiré les cheveux de ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
10. Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
11. J'ai eu une entorse, une ecchymose (un bleu) ou une petite coupure à cause d'une bagarre avec ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
12. Ma partenaire a eu une entorse, une ecchymose (un bleu) ou une petite coupure à cause d'une bagarre avec moi.	1	2	3	4	5	6	7	0
13. J'ai respecté le point de vue de ma partenaire lors d'un désaccord.	1	2	3	4	5	6	7	0
14. Ma partenaire a respecté mon point de vue lors d'un désaccord.	1	2	3	4	5	6	7	0
15. J'ai obligé ma partenaire à avoir des relations sexuelles sans condom.	1	2	3	4	5	6	7	0
16. Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
17. J'ai poussé ou bousculé ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
18. Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
19. J'ai utilisé la force (comme frapper, maintenir au sol, utiliser une arme) pour obliger ma partenaire à avoir des relations sexuelles orales ou anales.	1	2	3	4	5	6	7	0
20. Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0

1 = 1 fois au cours de la dernière année	5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année
2 = 2 fois au cours de la dernière année	6 = + de 20 fois au cours de la dernière année
3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année	7 = pas au cours de la dernière année, mais c'est déjà arrivé avant
4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année	0 = ceci n'est jamais arrivé

21.	J'ai menacé ma partenaire avec un couteau ou une arme.	1	2	3	4	5	6	7	0
22.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
23.	Je me suis évanoui après avoir été frappé à la tête lors d'une bagarre avec ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
24.	Ma partenaire s'est évanouie après avoir été frappée à la tête lors d'une bagarre avec moi.	1	2	3	4	5	6	7	0
25.	J'ai traité ma partenaire de grosse ou de laide.	1	2	3	4	5	6	7	0
26.	Ma partenaire m'a traité de gros ou de laid.	1	2	3	4	5	6	7	0
27.	J'ai donné un coup-de-poing à ma partenaire ou je l'ai frappée avec un objet qui aurait pu la blesser.	1	2	3	4	5	6	7	0
28.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
29.	J'ai détruit quelque chose qui appartenait à ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
30.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
31.	J'ai consulté un médecin à la suite d'une bagarre avec ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
32.	Ma partenaire a consulté un médecin à la suite d'une bagarre avec moi.	1	2	3	4	5	6	7	0
33.	J'ai tenté d'étrangler ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
34.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
35.	J'ai hurlé ou crié après ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
36.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
37.	J'ai projeté brutalement ma partenaire contre le mur.	1	2	3	4	5	6	7	0
38.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
39.	J'ai dit que j'étais certain que nous pouvions résoudre un problème.	1	2	3	4	5	6	7	0
40.	Ma partenaire était certaine que nous pouvions le résoudre.	1	2	3	4	5	6	7	0
41.	J'aurais eu besoin de consulter un médecin à la suite d'une bagarre avec ma partenaire, mais je ne l'ai pas fait.	1	2	3	4	5	6	7	0
42.	Ma partenaire aurait eu besoin de consulter un médecin à la suite d'une bagarre avec moi, mais elle ne l'a pas fait.	1	2	3	4	5	6	7	0
43.	J'ai battu ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
44.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
45.	J'ai agrippé brusquement ma partenaire	1	2	3	4	5	6	7	0
46.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
47.	J'ai utilisé la force (comme frapper, maintenir au sol, utiliser une arme) pour obliger ma partenaire à avoir des relations sexuelles.	1	2	3	4	5	6	7	0
48.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
49.	Lors d'un désaccord, je suis sorti de la pièce, de la maison ou de la cour bruyamment.	1	2	3	4	5	6	7	0

50.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
1 = 1 fois au cours de la dernière année		5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année							
2 = 2 fois au cours de la dernière année		6 = + de 20 fois au cours de la dernière année							
3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année		7 = pas au cours de la dernière année, mais c'est déjà arrivé avant							
4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année		0 = ceci n'est jamais arrivé							
51.	J'ai insisté pour avoir des relations sexuelles avec ma partenaire alors qu'elle ne voulait pas (mais sans utiliser la force physique).	1	2	3	4	5	6	7	0
52.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
53.	J'ai giflé ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
54.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
55.	J'ai subi une fracture à la suite d'une bagarre avec ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
56.	Ma partenaire a subi une fracture à la suite d'une bagarre avec moi.	1	2	3	4	5	6	7	0
57.	J'ai menacé ma partenaire afin d'avoir des relations sexuelles orales ou anales.	1	2	3	4	5	6	7	0
58.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
59.	J'ai proposé un compromis lors d'un désaccord.	1	2	3	4	5	6	7	0
60.	Ma partenaire a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
61.	J'ai brûlé ou ébouillanté ma partenaire volontairement.	1	2	3	4	5	6	7	0
62.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
63.	J'ai insisté auprès de ma partenaire pour avoir des relations sexuelles orales ou anales (mais je n'ai pas utilisé la force physique).	1	2	3	4	5	6	7	0
64.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
65.	J'ai accusé ma partenaire d'être nulle comme amante.	1	2	3	4	5	6	7	0
66.	Ma partenaire m'a accusé de cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
67.	J'ai fait quelque chose pour contrarier ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
68.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
69.	J'ai menacé de frapper ou de lancer un objet à ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
70.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
71.	À la suite d'une bagarre avec ma partenaire, j'ai ressenti une douleur physique jusqu'au lendemain.	1	2	3	4	5	6	7	0
72.	À la suite d'une bagarre survenue entre nous, ma partenaire a ressenti une douleur physique jusqu'au lendemain.	1	2	3	4	5	6	7	0
73.	J'ai donné un coup de pied à ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
74.	Ma partenaire m'a fait cela	1	2	3	4	5	6	7	0
75.	J'ai utilisé des menaces pour avoir des relations sexuelles avec ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
76.	Ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
77.	Lors d'un désaccord, j'ai accepté d'essayer la solution que ma partenaire a proposée.	1	2	3	4	5	6	7	0
78.	Ma partenaire a accepté d'essayer la solution que j'ai proposée.	1	2	3	4	5	6	7	0

QUESTIONNAIRE SUR L'EMPATHIE

Les énoncés suivants ont trait à vos pensées et sentiments en lien avec diverses situations ayant lieu dans votre relation avec votre conjoint(e). Nous vous demandons d'indiquer à quel degré chaque énoncé vous décrit, en choisissant le chiffre approprié sur l'échelle suivante.

Ne me décrit pas bien 0	1	2	3	Me décrit très bien 4	
1. J'éprouve souvent des sentiments de tendresse et d'inquiétude envers mon/ma conjoint(e) lorsqu'il/elle a moins de chance que moi.	0	1	2	3	4
2. Parfois, je ne plains pas beaucoup mon/ma conjoint(e) quand il/elle a des problèmes.	0	1	2	3	4
3. J'essaie d'envisager le point de vue de mon/ma conjoint(e) dans un désaccord avant de prendre une décision.	0	1	2	3	4
4. Lorsque je vois qu'on profite de mon/ma conjoint(e), je me sens du genre protecteur à son égard.	0	1	2	3	4
5. J'essaie parfois de mieux comprendre mon/ma conjoint(e) en imaginant à quoi ressemblent les choses de son point de vue.	0	1	2	3	4
6. Les malheurs de mon/ma conjoint(e) ne me troublent habituellement pas beaucoup.	0	1	2	3	4
7. Si je suis certain(e) d'avoir raison au sujet de quelque chose, je ne perds pas grand temps à écouter les arguments de mon/ma conjoint(e).	0	1	2	3	4
8. Quand je vois qu'on traite mon/ma conjoint(e) injustement, parfois je ne ressens pas beaucoup de pitié pour lui/elle.	0	1	2	3	4
9. Je suis souvent très touché(e) par les choses qui se passent dans ma relation avec mon/ma conjoint(e).	0	1	2	3	4
10. Dans ma relation, je crois qu'il existe deux côtés pour toute question et j'essaie de les envisager tous les deux.	0	1	2	3	4
11. Dans ma relation, je me décrirais comme une personne au cœur assez tendre.	0	1	2	3	4
12. Lorsque je suis fâché(e) contre mon/ma conjoint(e), j'essaie habituellement de "me mettre dans sa peau" pour un certain temps.	0	1	2	3	4
13. Avant de critiquer mon/ma conjoint(e), j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.	0	1	2	3	4

BIEN-ÊTRE PERSONNEL

Consigne : Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre état au cours des sept derniers jours.

		Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1.	Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	1	2	3	4
2.	Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	1	2	3	4
3.	Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4
4.	Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les "bleus"?	1	2	3	4
5.	Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?	1	2	3	4
6.	Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4
7.	Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?	1	2	3	4
8.	Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4
9.	Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4
10.	Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?	1	2	3	4
11.	Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux (se) intérieurement?	1	2	3	4
12.	Vous êtes-vous senti(e) négatif (ve) envers les autres?	1	2	3	4
13.	Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?	1	2	3	4
14.	Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?	1	2	3	4
15.	Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours?	1	2	3	4

RAISONS DE MON COMPORTEMENT ENVERS MON/MA CONJOINT/E

Le questionnaire suivant porte sur les raisons données pour l'utilisation de certains comportements dans des situations de conflit. Vous devez avoir été en couple dans la dernière année pour répondre. Voici une liste de comportements auxquels les gens ont parfois recours dans des situations de conflit avec leur conjoint/e.

J1. Au cours de la dernière année, avez-vous :

	Oui	Non
a ...insulté, rabaisé votre conjoint/e ou lui avez-vous crié des noms?	1	0
b ...tenté de culpabiliser votre conjoint/e?	1	0
c ...détruit les biens de votre conjoint/e ou brisé d'autres objets?	1	0
d ...sacré, crié ou hurlé après votre conjoint/e?	1	0
e ...quitté la pièce lors d'un désaccord avec votre conjoint/e?	1	0
f ...menacé de blesser ou de quitter votre conjoint/e?	1	0
g ...fait quelque chose pour énerver votre conjoint/e?	1	0
h ...traqué ou harcelé votre conjoint/e?	1	0
i ... jeté des regards et/ou posé des gestes effrayants ou intimidants envers votre conjoint/e	1	0
j ... tenté de limiter les gestes, les actions, les conversations avec d'autres personnes ou les allées et venues de votre conjoint/e?	1	0
k ...humilié votre conjoint/e devant d'autres personnes?	1	0
l ...ramené des faits du passé pour blesser votre conjoint/e?	1	0
m ...boudé votre conjoint/e?	1	0
n ...refusé de donner de l'affection à votre conjoint/e ?	1	0
o ...donné des ordres à votre conjoint/e?	1	0
p ...dit à votre conjoint/e que ses émotions ou ses pensées étaient ridicules, absurdes ou folles?	1	0
q ...blâmé votre conjoint/e pour vos problèmes ou parce que vous étiez bouleversé/e à propos de quelque chose?	1	0
r ...empêché votre conjoint/e de socialiser ou de recevoir du soutien d'amis ou de membres de sa famille?	1	0

Si vous avez répondu « oui » à au moins une des questions ci-dessus, passez à la section suivante. Si vous avez répondu « non » à toutes les questions, ne pas y répondre.

Le tableau qui suit présente une liste de raisons invoquées pour utiliser les comportements de conflit énoncés ci-haut. Veuillez indiquer les raisons pour lesquelles vous avez eu recours à ces comportements (ceux que vous avez rapportés en répondant « oui ») envers votre conjoint/e. Certaines raisons peuvent s'appliquer à un comportement seulement, alors que d'autres raisons peuvent s'appliquer à plusieurs comportements.

Pas du tout vrai	Un peu vrai		Modérément vrai		Très vrai		Complètement vrai							
1	2	3	4	5	6	7	8	9						
J' ai utilisé ce(s) comportement(s) parce que...														
J2. Mon/ma conjoint/e a fait quelque chose qui m'a offensé/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J3. J'étais frustré/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J4. Je voulais défendre mon point de vue.						1	2	3	4	5	6	7	8	9

Pas du tout vrai	Un peu vrai		Modérément vrai		Très vrai		Complètement vrai							
1	2	3	4	5	6	7	8	9						
J' ai utilisé ce(s) comportement(s) par ce que...														
J5. Mon/ma conjoint/e n'a pas répondu à mes attentes.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J6. Je voulais effrayer mon/ma conjoint/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J7. J'avais peur d'être abandonné/e par mon/ma conjoint/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J8. J'ai un mauvais caractère.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J9. J'ai une faible estime de moi.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J10. Mes parents ont agi de cette façon envers moi.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J11. Mon/ma conjoint/e m'avait provoqué/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J12. J'étais stressé/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J13. Je voulais que mon/ma conjoint/e considère mon point de vue.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J14. Je ne pouvais plus tolérer mon/ma conjoint/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J15. Je voulais dominer mon/ma conjoint/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J16. J'avais peur de perdre mon/ma conjoint/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J17. Je suis impatient/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J18. Je me sentais impuissant/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J19. J'ai vu mes parents agir de cette façon l'un envers l'autre.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J20. Mon/ma conjoint/e a dit ou fait quelque chose de blessant.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J21. J'étais en colère.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J22. Mon/ma conjoint/e et moi avions des opinions différentes.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J23. J'étais déçu/e de mon/ma conjoint/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J24. Je voulais punir mon/ma conjoint/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J25. J'avais peur que mon/ma conjoint/e me quitte.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J26. J'ai souvent des sautes d'humeur.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J27. Je suis déprimé/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J28. J'ai été éduqué/e à agir ainsi.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J29. Mon/ma conjoint/e a agi de la même façon avec moi.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J30. Je me sentais bougonneur/se.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J31. J'avais l'impression de tourner en rond, comme si nous n'allions nulle part.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J32. Je voulais contrarier mon/ma conjoint/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J33. Je suis impulsif/ve.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J34. Je suis incapable de m'affirmer.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J35. J'avais besoin de me protéger.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J36. Je voulais me venger de mon/ma conjoint/e.						1	2	3	4	5	6	7	8	9
J37. Mon/ma conjoint/e m'avait poussé/e à mes limites.						1	2	3	4	5	6	7	8	9

BIDR

Servez-vous de cette échelle de valeurs et inscrivez un chiffre à côté de chaque énoncé pour indiquer jusqu'à quel point vous êtes d'accord.

	1	2	3	4	5	6	7
	Totalement faux		Un peu vrai		Totalement vrai		
___ 1.	Il me serait difficile de me défaire de n'importe laquelle de mes mauvaises habitudes.						
___ 2.	Je n'ai pas toujours été honnête envers moi-même.						
___ 3.	Je sais toujours pourquoi j'aime quelque chose.						
___ 4.	Une fois que je me suis décidé(e), on peut rarement me faire changer d'opinion.						
___ 5.	Je suis maître (maîtresse) de mon destin.						
___ 6.	Je ne regrette jamais mes décisions.						
___ 7.	Je vote parce que mon vote peut faire la différence.						
___ 8.	Mes parents n'étaient pas toujours justes lorsqu'ils me punissaient.						
___ 9.	J'ai parfois douté de mes capacités en tant qu'amant(e).						
___ 10.	Je ne comprends pas toujours les raisons qui me poussent à faire les choses que je fais.						
___ 11.	Parfois je mens, s'il le faut.						
___ 12.	J'obéis toujours aux lois, même s'il est peu probable que je me fasse prendre.						
___ 13.	Je déclare toujours tout aux douanes.						
___ 14.	Il m'arrivait parfois de voler quand j'étais jeune.						
___ 15.	Je n'ai jamais jeté de déchets dans la rue.						
___ 16.	Je ne lis jamais des livres ou des revues érotiques.						
___ 17.	J'ai pris des congés de maladie au travail ou à l'école, même si je n'étais pas vraiment malade.						
___ 18.	Je ne fais pas de commérage au sujet des affaires des autres.						

ÉCHELLE ABRÉGÉE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE SI VOUS ÊTES EN COUPLE ACTUELLEMENT.

(Si vous n'êtes pas en couple actuellement, vous avez terminé le questionnaire)

Ce questionnaire s'intéresse à votre perception de votre vie de couple. Il s'agit donc de votre opinion personnelle. Ne soyez pas préoccupé(e) de ce que peut ou pourrait répondre votre partenaire. Pour chaque question, indiquez votre réponse en encerclant le chiffre approprié.

	Toujours	La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	Occasion- nellement	Rarement	Jamais
1. Est-ce qu'il vous arrive ou est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'envisager un divorce, une séparation ou de mettre fin à votre relation actuelle?	0	1	2	3	4	5
2. De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire?	5	4	3	2	1	0
3. Vous confiez-vous à votre partenaire?	5	4	3	2	1	0

4. Les descriptions sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur dans votre relation. La case centrale "heureux(se)" correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. Encercler le chiffre qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple.

Extrêmement malheureux(se)	Assez malheureux(se)	Un peu malheureux(se)	Heureux(se)	Très heureux(se)	Extrêmement heureux(se)	Parfaitement heureux(se)
0	1	2	3	4	5	6

COMMENTAIRES DE L'ÉVALUATEUR (à remplir par votre intervenant)

ETHNIE : _____

MOTIF : _____